

Operasjonssykepleieres erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie

Bjørn Rogne Christensen



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

12.03.2013

© Forfatter

År: 2013

Tittel: Operasjonssykepleieres erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie.

Forfatter: Bjørn Rogne Christensen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Bjørn Rogne Christensen	Dato: 12. mars 2013
Tittel og undertittel: Operasjonssykepleieres erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie.	
Sammendrag: <p><u>Formål:</u> Utforske og beskrive erfaringene til operasjonssykepleiere som dokumenterer operasjonssykepleie i elektronisk og papirbasert pasientjournal.</p> <p><u>Teoretisk forankring:</u> Aktuell litteratur i forhold til dokumentasjon av helsehjelp og sykepleie gjøres rede for og diskuteres. Kort presentasjon av faglige krav. Videre presenteres sykepleieprosessen i lys av Hesook Suzie Kims praksisdomener i sykepleie. Sykepleieprosessen diskuteres også i lys av Dorothea Orems teorier om egenomsorg.</p> <p><u>Metode:</u> Studien er utforskende og benytter fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data. Tilsammen 11 informanter ved et større universitetssykehus i Norge, ble intervjuet i de to fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført våren 2011. I ett av fokusgruppeintervjuene dokumenterte informantene elektronisk, informantene i det andre fokusgruppeintervjuet dokumenterte på papir.</p> <p><u>Resultater:</u> Funn fra studien indikerer at elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie ikke er tidsbesparende i samme grad som antatt før implementering av elektronisk dokumentasjon. Flere av informantene uttrykte behov for mer opplæring og trening i bruk av data før implementering av elektronisk dokumentasjon. Noen informanter ville vite mer om hva samarbeidende avdelinger har behov for av perioperative opplysninger.</p> <p>Bruken av klassifikasjonssystemer som NANDA, NIC og NOC utfordrer operasjonssykepleieren når det gjelder å møte kravene i lovverket samtidig som man har mulighet for å ha fritekstfelder for utført sykepleie.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Funn fra studien indikerer at mer forskning er nødvendig før man kan si at operasjonssykepleiere dokumenterer operasjonssykepleien mer standardisert. For å imøtekomme dette, bør operasjonssykepleiere som gruppe tas med i utviklingen av slike dokumentasjonssystemer.</p>	
Nøkkelord: Elektronisk dokumentasjon, operasjonssykepleie, klassifikasjonssystemer	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Bjørn Rogne Christensen	Date: 12th of March, 2013
Title and subtitle: Operating Room nurses experiences of documenting intraoperative nursing.	
Abstract: <p><u>Purpose:</u> Explore and describe operating room nurses' experiences of documenting intraoperative nursing activities in the Electronic Health Record system (EHR) and paper-based documentation system.</p> <p><u>Literature review:</u> Current literature concerning documentation of nursing activities, primarily electronic documentation of operating room nursing. Short presentation of professional standards and requirements. The nursing process is viewed in the light of Hesook Suzie Kims elaboration of the practice domains in nursing. The nursing process is also discussed in the light of Dorothea Orems theories of self-care requisites.</p> <p><u>Method:</u> The research is explorative and uses focus group interviews in the collection of data. Two focus group meetings were performed in the spring of 2011, with a total of 11 participants working at a large university hospital in Norway. The participants in the first focus group documented intraoperative nursing activities in the EHR system, while the participants in the second group utilised a paper-based documentation system.</p> <p><u>Results:</u> Findings in this research indicate that electronic documentation, is not always as time efficient as assumed, prior to the implementation. Several of the participants in the research felt the need for more computer training, some felt the need to know more about the cooperative wards need for perioperative information in order to document their activities more accurately. The use of classification systems, such as NANDA, NIC and NOC challenges the operating room nurse on how to meet the legal demands of documenting health services, and at the same time meet the need for free text documentation of intraoperative nursing activities.</p> <p><u>Conclusion:</u> Findings in this research, suggest that more research is needed before we can say that operating room nurses are able to document their activities in a more standardised manner. To meet this need, it is critical that operating room nurses as a group are invited to participate in the process of developing such documentation systems.</p>	
Key words: Operating room nursing, electronic health records, classification systems	

Forord

Når arbeidet med denne masteroppgaven nå er over, er det på sin plass å takke. Jeg vil takke alle operasjonssykepleierne som stilte opp som informanter i min studie, og takke alle mine kolleger som har interessert seg for studien og for progresjonen. Dette har bidratt sterkt til at det var mulig for meg å ferdigstille prosjektet til slutt.

Takk til deg pappa, for god hjelp med tekniske utfordringer med PC i innspurten. Takk til deg Adam, for konstruktiv hjelp i oversettelse av sammendrag til engelsk.

Jeg ønsker å takke familien min som har holdt ut mine utgreiinger om et tema som helt sikkert ikke var like spennende og relevant for dere som det var for meg. Tusen takk for at dere interesserte dere for helt andre ting, noe som gjorde at jeg også fikk bena litt ned på jorden innimellom.

Arbeidet med denne masteroppgaven fremstår i ettertid som spennende og enormt utviklende. Men dette er likevel langt fra hele sannheten. Til slutt går derfor en stor takk til min kjære kone Kamilla som har stilt opp som samtalepartner og vært sparringpartner i også alle de stunder der jeg aller mest har hatt lyst til å gi opp. Du er fantastisk.

Jeg vil også takke barna mine Julie og William for at dere har gjort at pappaen deres har kunnet koble ut fra hele prosjektarbeidet, og bare vært pappa.

Bjørn Rogne Christensen

Nittedal 12. mars 2013

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Forord

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Innramming av studien.....	3
1.3 Tema.....	4
1.4 Sentrale begreper	4
1.4.1 Dokumentasjon.....	4
1.4.2 Journalbegrepet	4
1.4.3 Elektronisk pasientjournal (EPJ).....	5
1.4.4 Operasjonssykepleie.....	6
1.5 Formelle krav til dokumentasjon av operasjonssykepleie.....	6
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	10
2 Teoretiske perspektiver på dokumentasjon av operasjonssykepleie	11
2.1 Hva er operasjonssykepleie?	12
2.1.1 Operasjonsavdelingen- innvirkning på dokumentasjonen	15
2.2 Faglige krav til sykepleieres journalføring.....	16
2.2.1 Sykepleieprosessen.....	17
2.2.2 Dorothea Orem og omsorg i sykepleien.....	20
2.2.3 Kritikk av Orems teori.....	23
2.2.4 Teknologi i sykepleien.....	23
2.2.5 Bruk av IKT.....	26
2.3 Standardisering av dokumentasjon.....	26

2.4 Klassifikasjonssystemer i elektronisk pasientjournal.....	29
2.4.1 NANDA	29
2.4.2 NOC	31
2.4.3 NIC	32
2.4.4 PNDS.....	33
2.4.5 ICNP	35
2.5 Litteratursøk.....	36
2.6 Oppsummering	36
 3 Forskningsdesign og metode.....	 39
3.1 Design.....	39
3.2 Metode.....	39
3.2.1 Setting.....	40
3.2.2 Datainnsamlingsstrategi	41
3.3 Analyse.....	42
3.3.1 Førstegrads fortolkning	43
3.3.2 Andregrads fortolkning	43
3.3.3 Tredjegrads fortolkning.....	44
3.4 Kvalitet.....	46
3.5 Studiens begrensninger	47
3.6 Forskningsetiske refleksjoner og innhenting av tillatelser.....	48
 4 Funn og diskusjon	 51
4.1 Hovedkategorier av funn.....	54
4.2 Dokumentasjon av operasjonssykepleierens sentrale selvstendige arbeidsoppgaver	54
4.2.1 Leiring av operasjonspasienten.	56

4.2.2 Dokumentasjon av sterilitet og infeksjonsforebygging.....	59
4.2.3 Dokumentasjon av operasjonssykepleie utenfor operasjonsavdelingen	62
4.3 Standardisering.....	63
4.4 Tidsbruk	70
4.4.1 EPJ-verktøyet	76
4.4.2 Ergonomi.....	77
4.4.3 Utfordringer ved bruken av klassifikasjonssystemer i EPJ	79
4.5 Oppsummering av funn	81
 5 Konklusjon	 83
 Litteraturliste	 85

Vedlegg

VEDLEGG

Vedlegg I	Søknad til personvernombud
Vedlegg II	Søknad til avdelingsleder
Vedlegg III	Skjema for kartlegging av demografiske data
Vedlegg IV	Intervjuguide
Vedlegg V	Informasjons- og samtykkeskjema
Vedlegg VI	Eksempel på søkestrategi
Vedlegg VII	Svar på søknader fra NSD, personvernombud og avdelingsleder
Vedlegg VIII	Eksempel på meningskondensering

TABELLER

Tabell 1: Demografiske data I; side 52

Tabell 2: Demografiske data II; side 53

1 Innledning

Ifølge Lov om helsepersonell av 1999, er operasjonssykepleiere forpliktet til å dokumentere den helsehjelpen de utfører i pasientjournal. Stortinget vedtok i 1999 en rekke lover som på flere områder skjerpet lovkravene rettet mot helsepersonell. Den nye loven inneholdt krav for hvordan helsepersonell skal utføre sitt arbeid. En viktig endring var at sykepleierne som gruppe fikk pålegg i lovverket om å dokumentere sine utførte arbeidsoppgaver. I lovverket møter operasjonssykepleieren et krav om blant annet å dokumentere i pasientjournalen hva som er faglig relevant for pasientbehandlingen, og det som er å oppfatte som særlig spesifikt av selvstendige arbeidsoppgaver. For operasjonssykepleierens del vil dette si forebyggende tiltak, som desinfeksjon av operasjonsfelt (Nicolette, 2011; Hansen, Loraas & Brekken, 2009) eller forebygging av leiringsskader ved at operasjonspasienten leires ut fra faglige prosedyrer på operasjonsbordet (Heizenroth, 2011; Hansen & Brekken, 2009).

Denne masteroppgaven skal undersøke operasjonssykepleieres erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie. Erfaringene som skal undersøkes er om operasjonssykepleierne erfarer at det nåværende dokumentasjonsverktøyet er effektivt i forhold til tidsbruk. Videre om det muliggjør standardisering av dokumentasjon av operasjonssykepleie. Samt om operasjonssykepleieres dokumentasjon synliggjør operasjonssykepleierens bidrag i den perioperative fasen.

1.1 Bakgrunn

Interessen for temaet startet etter påbegynt videreutdanning i operasjonssykepleie høsten 2005. Jeg oppfattet at det var et behov for klarere og tydeligere dokumentasjon av operasjonssykepleie. Jeg erfarte i situasjoner der operasjonssykepleier skulle gi rapport, at dokumentasjonen av utført operasjonssykepleie ikke var tydelig nok for annet samarbeidende helsepersonell som overtar ansvaret for operasjonspasienten postoperativt. Og videre at noen operasjonssykepleiere ikke var bevisst sitt ansvar for dokumentasjon av sine arbeidsoppgaver.

Metodene for dokumentasjon av sykepleie påvirkes av juridiske føringer, tradisjoner og integrerte normer i sykepleietjenesten. Sykepleiedokumentasjonen har utviklet seg

vesentlig fra ulike typer av fortellende beretninger og notater og fram til dagens dokumentasjon med elektroniske pleieplaner med økt grad av struktur (Moen, Hellesø & Berge, 2008).

Hvordan skal man dokumentere utført operasjonssykepleie som møter kravene i lovverket, men også faglige standarder som operasjonssykepleiere som faggruppe selv har vært med på å utarbeide? I forordet til *Veileder for elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie* til NSFLOS, poengteres det at operasjonssykepleietjenesten er stilt ovenfor utfordringer knyttet til hvordan, hva, hvem og hvilke handlinger som skal dokumenteres i den elektroniske pasientjournalen. NSF mener at sykepleiedokumentasjonen må struktureres og standardiseres i større grad enn i dag (NSFLOS, 2009).

Funn i litteratur viser at forfatterne i noen grad fokuserer på at pasientsikkerheten kan bedres ved innføring av et standard sykepleiespråk, som Junttila, Hupli & Salanterä (2010). I sine funn påpeker de at diagnosebegrepene ennå trenger noe bearbeidelse for å forsikre seg om at de er fullt brukbare i praksis (Junttila et al, 2010).

Innen sykepleiemiljøet i Norge og blant operasjonssykepleierne, kan det være ulike oppfatninger av hva operasjonssykepleiere er best tjent med i forhold til hvordan gruppen best kan dokumentere den selvstendige helsehjelpen de utfører. Det er et komplekst tema, og det gjenstår ennå forskning og fagutvikling før man har en dokumentasjonspraksis på operasjonsavdelingene som er systematisk, enkel og sikker. Det eksisterer i dag ulike modeller som man kan ta i bruk for å dokumentere selvstendig helsehjelp i EPJ. VIPS-modellen, NANDA, NIC, NOC og ICNP og i tillegg ulike kommersielle aktører (NSFLOS, 2009).

Doyle (2006) beskriver i artikkelen *Promoting standardized nursing language using an electronic medical record system*, at inntil dokumentasjonen av helsehjelp ble digitalisert, manglet dataprogrammene evnen til å gjenkjenne sykepleiernes nomenklatur. Et felles perioperativt språk har blitt utviklet slik at helsearbeidere kan kommunisere bedre med hverandre (Doyle, 2006). Beyea (2002) beskriver at det å bruke et elektronisk dokumentasjonssystem med en større grad av systematisk sykepleiespråk, er en måte å synliggjøre perioperativ sykepleie på, og er med på å fremheve også sykepleierens rolle i den medisinske utviklingen. Og at det vil fremheve sykepleie som et selvstendig fag

(Doyle, 2006). Operasjonssykepleiere er pålagt å følge de krav og pålegg for dokumentasjon som andre sykepleiere og øvrige yrkesgrupper i den norske helsetjenesten.

I rapporten *Bak lukkede dører* (2004) beskrives at operasjonssykepleieren vurderer tilstedeværende risikofaktorer og at disse vurderingene legges til grunn for forebyggende eller behandlende tiltak (Spjelkevik, Nerdahl, Rønningen, Lia & Kjeldberg, 2004). Dog beskrives det ikke utførlig hvordan vurderingene synliggjøres i operasjonspasientens journal, som nevnt tidligere. Operasjonssykepleiernes funksjonsbeskrivelse nevner at operasjonssykepleieren har et klart selvstendig ansvar i behandlingen av operasjonspasienten, og at det følgelig foreligger en plikt til å dokumentere utført helsehjelp (NSFLOS, 2008).

I del 5.1 under terapeutisk ansvar, punkt b): «Operasjonssykepleier innhenter opplysninger om pasienten som har betydning for den individuelle sykepleie som operasjonssykepleieren planlegger å utøve i forhold til planlagt behandling» (NSFLOS, 2008, s. 4). Eksempelvis kan man ved mottak av operasjonspasienten få opplysninger om nedsatt bevegelsesevne i pasientens hofteledd. Dette kan få betydning for blant annet leiringsmetode.

Punkt d): «Operasjonssykepleier observerer pasientens tilstand og tar ansvar ved å vurdere, prioritere, iverksette og evaluere nødvendige og relevante sykepleietiltak» (NSFLOS, 2008, s. 4). Operasjonssykepleier kan eksempelvis ha valgt som tiltak at pasientens ben skal mobiliseres hver halvannen time for å forebygge komplikasjoner. Operasjonssykepleier må sørge for at tiltaket dokumenteres i pasientjournalen (jfr. Lov om helsepersonell, 1999, § 39 og § 40). Dette går også på pålegg om å utøve en forsvarlig helsehjelp jfr. § 4 i Lov om helsepersonell.

1.2 Innramming av studien

Hensikten med studien er å få kunnskap om operasjonssykepleieres erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie.

I arbeidet med oppgaven vil jeg skrive om dokumentasjon av operasjonssykepleieres helsehjelp som *primært* omfatter følgende arbeid i kontakt med operasjonspasient: 1) Fra mottak av pasient på operasjonsavdelingen og til inngrepet starter. 2) Tiden mens

inngrepet foregår. 3) Etter inngrepet til operasjonssykepleieren forlater operasjonspasienten på oppvåkningsavdelingen/intensivavdelingen.

1.3 Tema

Jeg har valgt tema og går åpent ut i feltet fra dette. Tema for masteroppgaven vil være:
Operasjonssykepleieres erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie.

1.4 Sentrale begreper

Under presenteres begreper som er sentrale i min masteroppgave.

1.4.1 Dokumentasjon

Dokumentasjon av helsehjelp er fortløpende registrering av det som har hendt av betydning i et sykdoms- og behandling-/pleieforløp. Kort uttrykt, handler dokumentasjon om sykdom, behandling og pleie om å skrive ned eller på annen måte registrere eksempelvis observasjoner, prosedyrer, funn, overveielser og tiltak, herunder resultatene av disse. Primært skal dokumentasjon være orientert mot å gjengi fakta, ofte kan og bør den også omfatte vurderinger (Molven, 2006).

Dokumentasjon kan defineres som: «...alle nedtegnelser som blir gjort av helsepersonell i deres virksomhet, både av generelle og pasientrettede data» (Forskrift om pasientjournal, 2000).

Under generelle data nevnes nedtegnelser som sikrer forsvarlige framgangsmåter og faglig utvikling, som blant annet rutinebeskrivelser, planlegging, organisering av pasientflyt, behandlings- og oppfølgingsprosedyrer og framgangsmåter. Med pasientrettede data menes data knyttet til den enkelte pasient, og der pasientjournalen er sentral (Sandersen, 2009).

1.4.2 Journalbegrepet

Vanligvis nedtegnes og samles opplysninger om pasienter i en særskilt mappe på den enkeltes navn. Mappen omtales litt varierende av helsepersonell som journal, pasientjournal, sykejournal eller sykehusjournal etc. Lovgiver bruker delvis betegnelsen

«journal» og delvis «pasientjournal» om denne samlingen av pasientopplysninger (Molven, 2006).

Journal defineres også som: «En samling av alle opplysninger om en persons sykdom og relevante helseforhold som er nedtegnet av autorisert helsepersonell, sykepleiere inkludert, som på selvstendig grunnlag har ytt helsehjelp» (Forskrift om pasientjournal, 2000). Samtidig er det også et krav til journalens innhold om at det er nødvendig og relevant informasjon om pasienten og den hjelp som gis som skal nedtegnes. Det må foretas en vurdering av opplysninger som har konkret betydning for pasienten eller pasientbehandlingen (Lov om helsepersonell § 40).

1.4.3 Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Flere sykehus har innført elektronisk pasientjournal. Forskrift om pasientjournal definerer EPJ som: «...elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp» (Forskrift om pasientjournal, 2000).

Dagens EPJ-systemer brukes først og fremst som dokumentasjonsverktøy. I rapporten fra forprosjektet til *Nasjonal strategi for elektronisk pasientjournal* (2005), heter det at hovedfokus for videreutvikling av EPJ må være utøverens og det kliniske behov, og må ta utgangspunkt i behov knyttet til:

- a) EPJ som samhandlingsverktøy
- b) EPJ som grunnlag for kommunikasjon med pasienter
- c) EPJ som verktøy for dokumentasjonsstøtte og klinisk prosess- og beslutningsstøtte
- d) EPJ som kunnskapsgrunnlag for ledelse, planlegging, kvalitetsutvikling og forskning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008, s. 35).

I denne sammenhengen betyr det at operasjonssykepleieren med sin dokumentasjon av helsehjelp ikke kun skriver ned hva som er utført av selvstendig helsehjelp. Dokumentasjonen vil videre fungere som nevnt i ledd b) som grunnlag for kommunikasjon med pasienter (og pårørende) som lurer på hva som er utført av helsehjelp. Og videre som nevnt i ledd d), at operasjonssykepleierens dokumentasjon kan

fungere som grunnlag for forskning. Man kan eksempelvis undersøke hvordan helsepersonell kan bli mer presise i sin formulering i dokumentasjonen.

1.4.4 Operasjonssykepleie

Pasienter som skal opereres, går gjennom tre faser:

- Preoperativ fase
- Peroperativ fase, eller intraoperativ fase
- Postoperativ fase.

Samlet kalles disse fasene den *perioperative* perioden. I sykepleielitteraturen bruker man ofte denne inndelingen til å skille mellom preoperativ, peroperativ (intraoperativ) og postoperativ sykepleie (Kjøllesdal, 2005, s. 211). I dagligtale snakker man oftest om eksempelvis dokumentasjon av operasjonssykepleie, og ikke om dokumentasjon av per- eller intraoperativ sykepleie.

1.5 Formelle krav til dokumentasjon av operasjonssykepleie

Plikt til å føre journal er regulert i Lov om helsepersonell av 1999 § 39. Den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.

Videre står det i Lov om helsepersonell § 39:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

Dette ansvarliggjør operasjonssykepleieren i forhold til hva som skrives av journalopplysninger. Man skal i pasientjournalen beskrive hvilke tiltak som er iverksatt, og ikke minst *hvorfor* de er iverksatt.

I samme lov § 40 står det om krav til journalens innhold: «Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde nødvendige opplysninger om pasienten og

helsehjelpen. (...) Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysninger i journalen» (Lov om helsepersonell, 1999).

For operasjonssykepleierne betyr dette at faggruppen må dokumentere det arbeidet de utfører i pasientjournalen med større grad av tydelighet. Samtidig må vurderingene som ligger til grunn for handlingene beskrives i større grad enn det som er tilfellet i dag (Moen et al., 2008). I § 39 i Lov om helsepersonell er plikten til å nedtegne opplysninger knyttet til den som yter helsehjelp av hensyn til pasientbehandlingen. Ohnstad (2002) beskriver dokumentasjonsplikten ved at dokumentasjonsplikten er begrunnet i pasientens behov for en forsvarlig oppfølging. Dette innebærer ikke at bestemmelsen tar sikte på å statuere en *rett* for ulike helsepersonellgrupper til å føre i pasientjournalen etter eget forgodtbefinnende (Ohnstad, 2002). Journalen skal altså ikke tjene profesjonenes egne interesser, men hensynet til blant annet pasientbehandlingen og hensynet til tilsyn, kontroll og kvalitetssikring. På den annen side har man som operasjonssykepleier en *plikt* til å dokumentere i pasientjournalen det arbeidet man har utført, og som er å anse som selvstendige arbeidsoppgaver; som leiring av operasjonspasienten og desinfeksjon av operasjonsfeltet.

I Lov om pasientrettigheter (1999), § 5-1 står det om rett til journalinnsyn: «Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende....»

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen (Lov om helsepersonell, 1999). Pasientene har også krav på innsyn i journal, jmf. § 5-1 i Lov om pasientrettigheter av 1999.

I tillegg til krav til dokumentasjon, gjelder krav til forsvarlig yrkesutøvelse og behandling av pasientinformasjon, i forbindelse med slik dokumentasjon. Det innebærer at det er relevante opplysninger knyttet til pasientbehandling som skal dokumenteres og at helsepersonellet ikke må gå utenfor sine kvalifikasjoner (Ohnstad, 2002). Helsepersonell som gir helsehjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell, vil ha journalføringsplikt dersom de rent faktisk er alene om å gi den aktuelle helsehjelpen, eller om de for øvrig har en selvstendig rolle. En viktig merknad i denne forbindelse, er at

helsepersonellet vil ha en selvstendig rolle når det gis helsehjelp innenfor egne kvalifikasjoner og eget ansvarsområde (Ohnstad, 2002).

Heggdal argumenterer også for at sykepleiedokumentasjon blant annet skal sikre kvalitet og kontinuitet i pleien. Det er et juridisk dokument. Dokumentasjon synliggjør faglig ansvar og er et grunnlag for ledelse og ressursstyring (Heggdal, 1999). I 2001 ble plikten til å føre journal lovfestet for alt helsepersonell, også sykepleiere (Lov om helsepersonell, 1999). Sykepleien manglet tidligere tradisjon for å dokumentere, og først i de senere år har man i sykepleierutdannelsen satset på å undervise i systematisk dokumentasjon av sykepleie og systematisk pasientvurdering (Bjørvell, 2001). Sykepleieren som fagperson innehar to funksjoner; å utføre handlinger som faggruppen selv har initiert (iverksettelse av sykepleietiltak), samt å iverksette tiltak som *andre* har initiert (ibid.). Ofte er andre yrkesgrupper som operasjonssykepleiere samarbeider med, yrkes- og faggrupper som anestesilege, anestesisykepleier eller kirurg.

Det er forutsatt i loven at det finnes én journal for hver pasient i helseinstitusjonen, dvs. at det ikke lenger skal være journaler knyttet til den enkelte helseprofesjon, men til den enkelte pasienten. Befring & Ohnstad (2005) kommenterer samtidig ansvaret for journalsystemer i helseinstitusjoner. I Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-2 pålegges den enkelte institusjon en plikt til å etablere forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Institusjonen må tilrettelegge forholdene slik at blant annet kravet til informasjonssikkerhet ivaretas. Informasjonssikkerhet har to formål:

- Alle tilgjengelige og adekvate opplysninger om pasienten skal være tilgjengelige for dem som behandler pasienten, når opplysningene trengs.
- Informasjonen skal oppbevares og håndteres slik at hensynet til pasientens integritet ivaretas, bl.a. ved overholdelse av taushetsplikten. (Befring & Ohnstad, 2005, s. 189).

Dette betyr at det stilles krav om hvordan helsetjenesten må organisere og utføre sitt arbeid. Grunnprinsippet må fortsatt være at man må ha tillit til at sensitiv pasientinformasjon kun gis til behandlende helsepersonell (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008).

I journalforskriften § 4, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21. desember 2000, er det bestemt at virksomheter hvor det ytes helsehjelp, må opprette pasientjournalsystemer

og sørge for at systemene er slik at lov- eller forskriftspålagte krav etterleves (Befring & Ohnstad, 2005; Moen et al, 2008). Dette kravet er også uttrykt i Lov om helsepersonell § 16: «Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.»

Det kan være en periode med utfordringer knyttet til implementering av elektronisk journal. En utfordring kan være at brukerne har manglende datakunnskaper fra tidligere. Tilgang på journalopplysninger kan være manglende av ulike årsaker. Det kan videre være utfordringer ved å etablere et felles språk, som blant annet om systemet er egnet for den helsehjelpen det er relevant å journalføre.

NOU (1997) sier at det forventes at det foreligger en plan for pasienters opphold i helseinstitusjon (Rotegård, Berge, Riddervold & Haugan, 2010). Det er et mål for helsemyndigheter og helseforetak at den elektroniske dokumentasjonen skal videreutvikles (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008).

I strategiplanen Samspill 2.0 fra Helse- og Omsorgsdepartementet, står det: «EPJ skal bidra til at nødvendig helsefaglig informasjon er tilgjengelig på riktig sted til riktig tid med riktig presentasjon i alle ledd av behandlingsskjeden. EPJ skal videreutvikles slik at det understøtter personellgruppenes behov» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008, s. 35). Samspill 2.0 peker på at det har vært en manglende IKT-arkitektur i offentlige virksomheter. Det har vokst frem IKT-løsninger uten regulering av særlig grad (ibid.).

Dersom elektronisk pasientjournal kommer i bruk uten en backup i papirversjon, kan sårbarheten øke, og det vil kreve gode rutiner for å forhindre tap og utilgjengelighet av journalopplysninger. En virksomhet som bruker kun elektronisk journal må sørge for å utarbeide rutiner og retningslinjer for dette (Moen et al, 2008; Ohnstad, 2002).

I KITHs *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie* vises det til en studie utført blant 36 internasjonalt anerkjente eksperter i sykepleieinformatikk hvor disse skulle identifisere krav til et elektronisk sykepleiedokumentasjonssystem. « ...et sykepleieinformasjonssystem skal inneholde alle komponenter som inngår i sykepleiernes systematiske pleieplanleggingsprosess, dvs. vurdering, problemformulering, mål, planlagte og utførte tiltak, og evaluering av sykepleien» (KITH, 2003, s. 8). En rekke standarder er utarbeidet mellom KITH, helsepersonell og representanter fra

helsemyndighetene. Dog er ikke operasjonssykepleie spesifisert verken i kravspesifikasjon, standarden eller veilederen (Sandersen, 2009).

For operasjonssykepleieren betyr dette at faggruppen bør bli tydeligere med hensyn til å dokumentere sin egen virksomhet for å møte de formelle kravene. Det vil si kravene i lovverket, samt andre formelle krav som forskrifter og faggruppens egen funksjonsbeskrivelse. Operasjonssykepleieren må se dokumentasjon av egen virksomhet inn i en større sammenheng enn at man kun skal dokumentere det man utfører av prosedyrer peroperativt. Dokumentasjon av operasjonssykepleie følger operasjonspasienten videre gjennom systemet, og operasjonssykepleierens dokumentasjon kan få konsekvenser for operasjonspasientens videre sykepleie og annen oppfølging. Men operasjonssykepleieren må også evne å kunne benytte seg av journalopplysninger som gjelder tiden *før* den aktuelle operasjonen. Det kan være opplysninger i pasientjournalen som får følger for det som skal skje inne på operasjonsstua. Operasjonssykepleieren må ofte hente opplysninger fra pasientjournalen fordi operasjonspasienten av ulike årsaker ikke kan gi adekvate opplysninger selv. Dette kan være fordi pasienten er intubert når han eller hun kommer til operasjonsavdelingen, operasjonspasienten kan være dement, eller sterkt smertepåvirket etc. Dersom ansvarlig operasjonssykepleier leser i pasientjournalen at operasjonspasienten har proteser i begge hofter, får dette betydning for hvor operasjonssykepleier eksempelvis skal plassere diatermiplate etc. (Grimnes & Martinsen, 2001).

1.6 Oppgavens oppbygging

En litteraturgjennomgang i kapittel to skal blant annet se på kunnskapsstatus på området for dokumentasjon av sykepleie, med hovedvekt på perioperativ sykepleie og operasjonssykepleie. I kapittel tre presenteres valgt design, metode og datainnsamlingsstrategi. Kapittel fire presenterer funn fra min studie opp mot aktuell litteratur. Kapittel fem oppsummerer hovedpunkter i studien, og kommer inn på videre forskning som kan gjøres på temaet av mine kollegaer på operasjonsavdelingen.

2 Teoretiske perspektiver på dokumentasjon av operasjonssykepleie

Kapitlet presenterer for det første de faglige kravene til dokumentasjon av operasjonssykepleie. Kravene beskrives ved å gi en kort presentasjon av faggruppens historie. Faggruppens fagutvikling med hensyn til faglige krav til dokumentasjon fram til dagens dokumentasjon av operasjonssykepleie presenteres i den sammenheng. Sykepleieprosessen ligger i bunnen som beslutningsgrunnlag for de opplysningene operasjonssykepleieren innhenter og de vurderingene som operasjonssykepleieren gjør. Dorothea Orems teori om sykepleiesystemene er samtidig omtalt i kapitlet. Orems teorier om det helt kompensierende sykepleiesystem og det delvis kompensierende sykepleiesystem har relevans for arbeidet på operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleieren møter i sitt arbeid pasienter som er i narkose eller sederte, og vil i stor grad være den som handler på vegne av operasjonspasienten, da operasjonspasienten er i en sårbar og utsatt situasjon i operasjonsavdelingen (Bäckström, 2009). Orems sykepleiesystemer gir en teoretisk ramme rundt hvordan operasjonssykepleier kan planlegge sin sykepleie. Sykepleieprosessen har relevans for operasjonssykepleieren i forhold til å identifisere hva den aktuelle operasjonspasienten har behov for. Sykepleieprosessen beskrives også i lys av Suzie Kim.

For det andre, vil kapitlet se på teknologibegrepet i forhold til sykepleiefaget, da det å arbeide innen helsevesenet i større grad enn tidligere, stiller krav til sykepleierens teknologiske kompetanse. Operasjonssykepleieren benytter seg av avansert medisinsk-teknisk utstyr i sitt arbeid. Også når det gjelder dokumentasjon av utført operasjonssykepleie, stilles det i større grad krav om teknologisk kompetanse hos den enkelte sykepleier enn tidligere. Avslutningsvis har kapitlet en kort presentasjon av sykepleiesystemene NANDA, NIC, NOC, PNDIS og ICNP, da disse er sentrale i dagens *elektroniske* dokumentasjon av sykepleie. Dessuten presenteres det i kapitlet funn i litteratur som er gjennomgått.

2.1 Hva er operasjonssykepleie?

Kirurgiens historie skriver seg fra langt tilbake i tid, mens det som vi i dag kaller *moderne kirurgi*, strekker seg ca. 150 år tilbake i tid. Krigen på 1800-tallet medførte et stort behov for helsepersonell, og samtidig som sykepleien ble et eget yrke, så fikk kvinnene en betydelig rolle ved sykehus og helseinstitusjoner. Operating Room Nursing startet ved Massachusetts General Hospital i perioden mellom 1876 og 1900. Før 1880 ble sykepleierne opplært i arbeid på operasjonsstuene etter hvert som kirurgien utviklet seg. Kneedle & Dodge (1994) skriver at operasjonssykepleie som spesialitet oppstod i slutten av 1880-årene i USA (Dåvøy, Eide & Hansen, 2009, s. 17). Rothrock (2007) skriver at etter hvert som kirurgien ble mer og mer spesialisert, kom det til aseptiske teknikker, anestesi og ulike kirurgiske teknikker som gjorde at også operasjonssykepleierne ble både generalister og i større grad spesialister. Behovet for skikkelig skolering kom i større og større grad inn i bildet (Dåvøy et al, 2009). I Norge startet Cathinka Guldborg landets første sykepleierskole i 1868, og de utdannede sykepleierne ble ofte oversøstre og hadde ansvar for å bistå kirurgen ved operasjoner. Operasjonssøstre fikk sin opplæring på operasjonsavdelingen og det var vanlig at de i tillegg var narkosesøstre (ibid.).

Operasjonssykepleierne i dag må forholde seg til en stor og sammensatt pasientgruppe og deres pårørende. Kompleksiteten i utøvelsen av faget operasjonssykepleie varierer, slik pasientenes situasjon varierer, og det stilles høye krav til operasjonssykepleiernes kompetanse (NSFLOS, 2008).

Operasjonssykepleie, eller peroperativ sykepleie, i litteratur også kalt intraoperativ sykepleie hos Kjøllesdal (2005) ligger under sekkebegrepet *perioperativ* sykepleie, som omfatter pre-, per- og postoperativ sykepleie (Kjøllesdal, 2005). Lindwall & vonPost (2000) beskriver perioperativ sykepleie som:

....som begrepp började används i USA på 1970-talet. Först talade man om ”the perioperative role”, men i 1985 byttes roll (role) ut mot utöva (practice) eftersom *role* inte beskriver vem sjuksköterskan är och vad hon gör. Eftersom det finns organisatoriska och administrativa skillnader och stora variationer i utbildning och ansvarsfördelning mellan den perioperativa sjuksköterskan i USA och i Sverige har vi valt en egen definition av perioperativ vård som till stor del följer den amerikanska definitionen (AORN, 1989):

”Perioperativ vård är de vårdhandlingar och vårdaktiviteter som utförs av en anestesi- och operationssjuksköterska under de pre-, intra- och postoperativa faserna i samband med en patients operation. (Lindwall & vonPost, 2000, s. 8-9).

Eide (2009) beskriver operasjonssykepleie som både et teoretisk og et praktisk fag, men der teorier og viten sammen er med på å gi det praktiske arbeidet en retning mot det vi til enhver tid mener er den beste sykepleien og behandlingen. Målet bør være at operasjonssykepleiere skal reflektere over sitt håndlag, slik at han eller hun blir dyktigere i sin utøvelse av konkrete oppgaver og i samhandling med operasjonspasientene (Eide, 2009).

Bruken av teknologi og instrumenter er en del av fagkunnskapen som må beherskes i operasjonssykepleie. I dagens høyteknologiske operasjonssal er operasjonspasienten sårbar, og i møtet mellom operasjonspasient og operasjonssykepleier beskriver Martinsen (2003) dette som at: «sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk». Operasjonssykepleieren arbeider ikke alene med operasjonspasienten. Arbeidet er i stor grad innfelt i et flerfaglig profesjonelt operasjonsteam med blant andre sykepleiere, leger og ingeniører, og det kreves av hele teamet om å opptre ivaretagende med et øvet håndlag i møte med operasjonspasienten og teknologien (Martinsen, 2009, s. 32-33).

Operasjonssykepleierens to hovedfunksjoner inne på operasjonssalen; *sterilt assisterende* og *gå-til-hånde funksjonen* er beskrevet hos Bruun, Dørve & Nerdahl, (2001). I NSFLOS (2005 og 2008) funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere, er disse begrepene byttet ut med henholdsvis *sterilt utøvende* og *koordinerende operasjonssykepleier* (NSFLOS, 2008). Disse begrepene ble endret, fordi man i større grad ville understreke at operasjonssykepleieren er en selvstendig utøvende praktiker og at operasjonssykepleieren ikke kun har en assisterende funksjon. Helselovene som ble vedtatt i 1999 og endringen av begrepene, har i praksis medført at operasjonssykepleieren i ytterligere grad har blitt ansvarlig for å dokumentere sin egen yrkespraksis.

Å forebygge og eventuelt behandle og lindre komplikasjoner i form av skader og ubehag, er sentrale aspekter ved operasjonssykepleie. Målsettingen er å respektere pasientens integritet og sikre at pasienten har en optimal trygghet og velvære. Operasjonssykepleieren skal sikre en optimal respirasjon, sirkulasjon og eliminasjon og opprettholde optimal kroppstemperatur. Målet nås gjennom følgende delmål: grundig risikovurdering, et godt teamsamarbeid, en effektiv og velfundert organisering og tilrettelegging av operasjonsstue og utstyr, relevant og nyttig kompetanseutvikling, forskning og fagutvikling. Videre gjennom å hente inn relevant informasjon og til slutt

sørge for at man er med på å bidra til å medvirke optimalt i behandling og behovsrettet omsorg (Spjelkevik et al. 2004). Tiltak man iverksetter er viktige å dokumentere i pasientjournalen jmf. Lov om helsepersonell § 39 og 40.

I forhold til dokumentasjon av utført operasjonssykepleie, dreier en god del av operasjonssykepleierens arbeid om forebygging av skader, være seg nerveskader eller skader som følge av feil bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Videre er forebygging av infeksjoner en sentral del av operasjonssykepleieres arbeidsoppgaver, som valg av desinfeksjonsmiddel, med en begrunnelse for dette. Operasjonssykepleier må også dokumentere hvilke tiltak som er iverksatt i forhold til å forebygge hypotermi hos operasjonspasienten.

I rapporten *Bak lukkede dører* (2004) kan vi lese om at respondentene i deres undersøkelser «...hele tiden har sykepleien i bunn.....tenker på velvære, sirkulasjon, respirasjon, eliminasjon og så videre...det er jo det vi har lært i grunnutdanningen» (Spjelkevik et al, 2004, s. 19). En av Spjelkeviks informanter sier at operasjonssykepleie er noe mer enn generell sykepleie. Det er en sykepleie som krever en spesialkompetanse og som foregår i en spesiell kontekst. Det er å hjelpe operasjonspasienten ut fra de behov han har der og da, samtidig som man skal bidra aktivt i den kirurgiske behandlingen. Spjelkeviks studie viser gjennomgående at operasjonssykepleierens mål er å gi operasjonspasienten hjelp og støtte i den spesielle situasjonen som han eller hun er i. Spjelkevik et al kommer til kjernen i hva faget operasjonssykepleie handler om i sin oppsummering av presentasjonen av operasjonssykepleiens målsetting. Hovedmålet er å sikre at operasjonspasienten oppnår et best mulig behandlingsresultat og gi pasienten den omsorg han har behov for under operasjonen. Målsettingen er å bidra til optimal sikkerhet, effektivitet og ressursutnyttelse, samt å ivareta lovpålagte plikter som dokumentasjon (Spjelkevik et al., 2004).

Martinsen (2009) beskriver at operasjonssykepleieren har å gjøre med mer eller mindre bedøvede, dog levende kropper. I sin bedøvede tilstand er pasientene forsvarsløse, åpne, sårbare og utsatte. De er overlatt til operasjonssykepleieren og de andre i det kirurgiske teamet. For operasjonssykepleieren er utfordringen å inneha et faglig og menneskelig mot til å tale operasjonspasientens sak når denne er i en situasjon der han ikke kan gjøre dette selv. Martinsen (2009) skriver at en tekniker som er uten profesjonell sykepleierutdanning, ikke vil kunne make dette, for nettopp det som skiller sykepleieren

fra teknikeren, er ikke at *noe* gjøres, men *hvordan* dette noe gjøres (Martinsen, 2009). Lindwall & vonPost (2000) skriver i sin lærebok om *Perioperativ vård* om den perioperative grunnantakelsen (Den perioperativa vårdlärans grundantaganden):

Perioperativ pleie er en pleieprosess som tar utgangspunkt i menneskelige verdier som godhet, omtanke, velvære, kjærlighet og er en helhet dannet av kunst, teknologi og vitenskap. En perioperativ sykepleier skal i sin pleieutøvelse beskytte pasientens verdighet, lindre lidelse og hjelpe pasienten til å oppnå en høyere grad av helse og velvære (Lindwall & vonPost, 2000, s. 12-13).

Martinsen (2009) skriver at det er en oppfatning som mange har, også sykepleiere, at operasjonssykepleie er et teknisk fag og som har lite med sykepleie å gjøre. Operasjonssykepleieren utfører en rekke tekniske assistentoppgaver i høyteknologiske operasjonsavdelinger, og som er et arbeid det ikke trengs noe profesjonell sykepleierutdannelse for å kunne utføre. Martinsen sier seg sterkt uenig i denne holdningen mot operasjonssykepleie, og skriver videre at dette er et arbeidsfelt der bruken av teknologi og kirurgiske instrumenter- sammen med en omsorgsfull ivaretagelse av operasjonspasienten- er en enhet som ikke kan skilles (Martinsen, 2009).

2.1.1 Operasjonsavdelingen- innvirkning på dokumentasjonen

Andersen (2008) beskriver operasjonsavdelingen som en høyteknologisk avdeling og dette stiller spesielle krav til innhold og utforming av avdelingen. Utstyret som er inne på operasjonsstua, skal godkjennes med CE-merking, (1) og det enkelte sykehus skal sikkerhetsklarere alt utstyr som skal inn i operasjonsavdelingen. Både utstyr og personell kan påføre operasjonspasienten skader. Dette må forebygges kontinuerlig. En operasjonsavdeling er et lukket område som skal være skjermet for annen aktivitet i sykehuset, dog må avdelingen samtidig ha en sentral beliggenhet i forhold til akuttmottak, røntgen- og intensivavdeling (Brekken & Dāvøy, 2009).

1 CE= Conformité Européenne, et bevis på et produkts sikkerhetskrav

2.2 Faglige krav til sykepleieres journalføring

Sykepleieres journalføring må ses i et helhetlig perspektiv der det først og fremst er hensynet til kvalitet og kontinuitet som må være styrende for når og hva sykepleieren skal dokumentere i pasientjournalen.

Sykepleierens samhandling med pasienten inkluderer sykepleiers vurderinger og handlinger i en gitt praksissituasjon og sykepleiefunksjonen. En sykepleiers vurderinger vil av og til foregå forut for handlingene og omfatter planleggings- og tankevirksomhet for å bedømme og avklare behovet for sykepleie og annen helsehjelp. Vurderinger kan være eksplisitte i større eller mindre grad. Sykepleieren samler en mengde informasjon som skal tolkes og vurderes i forhold til pasientsituasjonen. Det er den samlede bedømmelsen av alle relevante og tilgjengelige opplysninger som gir retning for den helsehjelpen en sykepleier skal beslutte og iverksette. Det er vurdert og iverksatt helsehjelp som utløser plikten man har som sykepleier til å dokumentere i pasientens journal (Moen, et al, 2008).

Det er flere faktorer som påvirker og har innflytelse på sykepleierens vurderinger i situasjonen, blant annet:

- om det er assistanse til behandling som er det sentrale i helsehjelpen, eller om det er å tilfredsstille pasientens grunnleggende behov
- den enkelte sykepleiers kunnskaper, holdninger, erfaringer og ferdigheter i samspill med det lokale praksisfellesskap
- målsettingene for sykepleien, både spesifikke mål og langsiktige mål
- sykepleiers situasjonsforståelse, handlingsrepertoar og tilgjengelige ressurser (Moen, et al, 2008, s. 111).

Beyea (1999) beskriver at poenget med et standardisert sykepleiespråk, er at språket skal fungere som et felles kommunikasjonsmiddel for sykepleierne som bruker det. Eksempelvis innebærer dette at når en sykepleier snakker om et trykksår grad III, så skal en sykepleier et annet sted intuitivt forstå hva dette innebærer. Språket i sykepleiejournalene har i noen grad vært upresist, uklart eller ikke konsist nok for de samme kliniske problemstillingene og behandlingen. For eksempel har trykksår blitt beskrevet som decubitusår, liggesår eller svikt i hudens barriere (Beyea, 1999).

2.2.1 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en profesjonell funksjon der sykepleieren, på grunnlag av faglig vurdering av pasientens tilstand, samler konkrete og strukturerte pasientdata for å legge retningslinjer for hvordan nødvendige og forventede resultater skal nås. I sum utgjør disse elementene det mønsteret som skal styre utøvelsen av sykepleien (Cavanagh, 2005).

Hos Orem (1995) er begrepet *sykepleieprosessen* dannet med tanke på sykepleierens utøvelse av diagnostiske, forordnende og behandlende samt en evaluerende prosess (Orem, 1995, s. 268).

Kim (2000) skriver at sykepleieren er involvert i direkte eller indirekte samhandling med pasienten. Enten man involverer operasjonspasienten eller ikke når man utfører helsehjelp, så er målet at utført helsehjelp skal komme operasjonspasienten til gode. Et eksempel på slike aktiviteter kan uttrykkes ved hjelp av *sykepleieprosessen* (Kim, 2000). Sykepleieprosessen henviser til et sett av intellektualiserte handlinger som sykepleieren iverksetter på bakgrunn av sykepleierens faglige og systematiserte tankeprosess. Jeg vil her bemerke at sykepleieprosessen beskriver *utøvelse* av operasjonssykepleie. Utover vil jeg komme nærmere innpå *dokumentasjon* av operasjonssykepleie. Men utøvelse og dokumentasjon av operasjonssykepleie kan ses i sammenheng, og av den grunn er sykepleieprosessen trukket inn. Sykepleieprosessen kan som nevnt over, ses som en systematisk måte å innhente journalopplysninger på. Operasjonssykepleieren møter operasjonspasienten i noen få minutter, og er nødt til å kunne foreta en effektiv informasjonsinnhenting uten at det gjøres slik at operasjonspasienten krenkes, eller får operasjonspasienten til å føle seg overkjørt. En operasjonssykepleier som er trent i dette, vil kunne møte kravene til en god journalføring, samtidig som at operasjonspasienten føler seg godt ivaretatt.

Sykepleieren utfører følgende handlinger i sykepleieprosessen:

- 1) Samler informasjon om pasienten;
- 2) Gjør en vurdering av den informasjon man har tilgjengelig om pasienten
- 3) Resonnerer seg fram til en problemformulering basert på tilgjengelig informasjon.
- 4) Undersøker tilgjengelige og mulige handlingsstrategier som løsning på sykepleieproblemet/sykepleiediagnosen.

- 5) Velger ut tiltak som i den gitte praksissituasjon virker å være mest relevant for pasienten.
- 6) Iverksetter disse valgte tiltakene og handler ut i fra en gitt forskningsbasert prosedyre.
- 7) Evaluerer effekten av valgt tiltak.
- 8) Modifiserer ved behov det valgte sykepleietiltaket, etter å ha observert effekten av tiltaket hos pasienten (Kim, 2000, s. 133).

Vurderinger (deliberations) ligger til grunn for handlinger (enactments) som utføres av sykepleieren. Kim (2000) deler disse inn i to separate dimensjoner, men en sykepleier utfører i sitt praktiske virke handlinger som bygger på komplekse vurderinger, og dette skjer kontinuerlig. Det Kim etterspør er sykepleierens evne til å reflektere over hva som ligger til grunn for handlingene og sette ord på dette, da sykepleierens vurderinger gjøres i en kompleks praksissituasjon (Kim, 2000).

Morse, Bottorff, Neander & Solberg (1991) identifiserte fem ulike syn på omsorg, og disse siteres i sykepleielitteratur fra tid til annen. Blant disse var at omsorg (caring) er en terapeutisk intervensjon, en viljesrettet handling med et plantlagt mål (Watson, 2009). Vurdering står i sammenheng med en slik handling, og orienterer seg mot et mål. Vurdering - handling kan ses i sammenheng, men sykepleieren gjør vurderinger kontinuerlig, så man beveger seg i praksis mellom disse to dimensjonene. Operasjonssykepleieren kan ha kort tid fra vurdering til handling, som i akutte tilfeller. Andre ganger kan operasjonssykepleieren ha bedre tid på seg. Andre ganger igjen kan operasjonssykepleieren delegere arbeidsoppgaver (handlingene) til andre (Kim, 2000). I pasientjournalen skal det ikke bare fremgå utførte tiltak, men i tillegg en faglig begrunnelse for hvorfor det valgte tiltaket ble iverksatt i forhold til andre.

Vurderingene som den enkelte operasjonssykepleier på operasjonsavdelingen gjør, munner ut i en handling. Sykepleierens utfordring eller *sykepleiediagnosen* har Kim definert som:

It is generally accepted that nursing diagnosis refers to health problems or health states that are treated by means of nursing intervention. (...) As an attempt to differentiate nursing diagnosis from medical diagnosis, Aspinall, Jambruno and Phoenix (1977) view health problems in nursing diagnosis as impaired body functions (...) (Kim, 2000, s. 148-49).

Kim skriver om NANDAs betydning for hvordan sykepleiediagnose som begrep forstås. Kim understreker at sykepleiediagnose som begrep *ikke* skal befatte seg med å referere til verken patologiske avvik eller sykdomstilstander. Derimot skal begrepet sykepleiediagnose referere til helseproblem og helsetilstand. Sykepleieteoretikere som Dorothea Orem skrev om egenomsorgssvikt og Calista Roy skrev om tilpasning, og disse teoriene ble utviklet *før* NANDA-systemet (Kim, 2000). Av plasshensyn vil jeg ikke gå inn på Roy i denne masteroppgaven, men Orems teori beskrives nedenfor.

Sykepleieprosessen er et rammeverk for vurdering og utførelse av sykepleie og bygger på en problemløsningsprosess. Dette omfatter en strukturering av informasjonsuthenting, sykepleiediagnostisering, planlegging og gjennomføring av sykepleietiltak og evaluering av oppnådd resultat. Pasientens egenopplevelse er vektlagt. Sykepleieprosessen beskriver planen sykepleieren har for sykepleien (Meleis, 2007).

Dokumentasjon av operasjonssykepleie foregår i operasjonsavdelingen, som Kjøllesdal (2005) beskriver som store enheter som kan ha et fabrikkliknende preg. Samlebåndsprinsippet er lett å få øye på i måten arbeidet organiseres på. Operasjonspasienten kjøres inn til en høyteknologisk arbeidsplass, der han eller hun får behandling av personale som har på seg frakker, hansker og munnbind. Enkelte blant personalet forbereder kirurgiske instrumenter, mens andre sjekker anesthesiutstyr. Personalet har sine tilmålte arbeidsoppgaver, dog kan rutiner variere fra sted til sted. Av utenforstående kan spesialsykepleiere og leger ved et slikt arbeidssted bli oppfattet som teknologer, mens de er profesjonelle praktikere. Hva en operasjonspasient erfarer, kan variere med fysisk og psykisk forberedthet, hva slags premedikasjon som er gitt og om han sover når han kjøres inn på operasjonsstuen (Kjøllesdal, 2005; Lindwall & vonPost, 2000).

Den peroperative fasen omfatter tidsrommet operasjonspasienten oppholder seg i operasjonsavdelingen. Denne fasen kan vare fra under en time til mange timer. I operasjonsavdelingen skal operasjonspasienten forholde seg til mange ulike aktører i det kirurgiske teamet. Et kirurgisk team består av henholdsvis kirurg, operasjonssykepleiere, en anestesilege, anesthesisykepleiere. Videre kan det også være teknikere tilstede som betjener eksempelvis røntgenapparat. Det er kun i varierende grad at det blir til et personlig møte mellom operasjonspasienten og alle i det kirurgiske teamet. Helberg (2003) er opptatt av at operasjonssykepleierne skal møte operasjonspasienten ansikt til

ansikt for å motvirke at det kun blir eksempelvis operasjonspasientens kne som er i fokus (Kjøllesdal, 2005).

Den operasjonssykepleien som utføres, dokumenteres i et eget operasjonssykepleieskjema i den elektroniske pasientjournalen. I pasientjournalen bør det fremgå hvilke vurderinger og tiltak som iverksettes, hva som er hensikten med vurderingene og tiltakene samt en evaluering av tiltakene. Slike tiltak er eksempelvis valg av desinfeksjonsmiddel, valg av leiring, trykk- og strekkavlastning, bruken av medisinsk-teknisk utstyr, sykepleietiltak som blant annet sikrer operasjonspasientens trygghet og fysiske velvære samt å gi en beskrivelse av hvilke observasjoner som er viktige etter operasjonen (Bruun, Dørve & Nerdal, 2001).

Hva gjelder sykepleieprosessen er denne lineær og den tar ikke i stor nok grad høyde for kompleksiteten i sykepleierens praksis. Dokumentasjon av operasjonssykepleie som samsvarer med sykepleieprosessens struktur, gir ikke nødvendigvis et fullgodt bilde av operasjonspasientens situasjon. Andre aspekter ved operasjonssykepleierens virke, som omsorg, får betydning for behandlingsforløpet, men gis i noen grad for lite plass (Kim, 2000). Sykepleieprosessen har en struktur som har vært kritisert for å være endimensjonal. Den har også fått kritikk for at den ikke tar høyde for kompleksiteten og dynamikken i sykepleiefagets omsorgsnære sider, og at samhandlingen mellom sykepleier og pasient ikke er ivaretatt. Kritikere som Henderson (1982, 1987) og Kirkevold (1992) vektlegger gjerne at forhåndsdefinerte komponenter reduserer pasienten til et sett av problemer som sykepleiere skal bidra til å løse, og at sykepleiefagets mer omsorgsnære sider ikke er ivaretatt i stor nok grad i sykepleieprosessen (Moen et al, 2008, s. 121).

2.2.2 Dorothea Orem og omsorg i sykepleien

Orems teori tas med da operasjonssykepleieren i sitt arbeid arbeider i en setting, der raske beslutninger tas, ofte på vegne av operasjonspasienten. Orem deler sin teori om egenomsorgssvikt inn i tre delteorier: en teori om egenomsorg, en teori om egenomsorgssvikt og en teori om sykepleiesystem.

Egenomsorg: (self-care). Den grad det enkelte individ greier å regulere sitt eget funksjonsnivå og utvikling. Dette avhenger blant annet av alder, utviklingsnivå,

helsestatus og miljøfaktorer (Orem, 1995). Egenomsorg betyr at et menneske har utviklet en evne til å ta vare på seg selv i sitt eget miljø. Dette individet har de nødvendige egenomsorgskapasitetene, det vil si evnen til å handle frivillig og ta rasjonelle valg for seg selv. Egenomsorg har en hensikt. Det er handling som har en viss struktur, og når den utøves, bidrar egenomsorgen til å gi en menneskelig strukturell integritet, funksjon og utvikling (Orem, 1995). I begrepet egenomsorg, er ordet *egen* brukt i betydningen *ens hele værende*. Egenomsorg innebærer bibetydningen av «for en selv» eller «gitt av seg selv». Den som har egenomsorg refereres til som *agens* (selvstendig handlende) av egenomsorg. Begrepet *agens* brukes i betydningen *det handlende individ*. Egenomsorg blir da aktiviteter som individet utøver på vegne av seg selv for å opprettholde liv, helse og velvære (Orem, 1995).

Egenomsorgssvikt: (self-care deficit). Begrepet egenomsorgssvikt refererer til at forholdet mellom evnen til å ha egenomsorg og de terapeutiske egenomsorgskravene ikke er i samsvar med hverandre. At pasienten som møter sykepleieren på en eller annen måte ikke er i stand til å utøve egenomsorg, og da har behov for sykepleie. Begrensningene i egenomsorg er varierende fra pasient til pasient, men også fra situasjon til situasjon (Orem, 1995). Når det er et misforhold mellom egenomsorgskrav og evnen til å oppfylle disse, oppstår det egenomsorgssvikt. Dersom ikke andre i personens omkrets kan gå inn og oppfylle disse kravene (dependent care), er sykepleie påkrevd. Sykepleie består av målrettet handling i form av sykepleiesystemer. Utformingen av sykepleiesystemer som er tilpasset pasientens behov, er avhengig av sykepleierens sykepleiekapasitet, det vil si evne til å vurdere, planlegge og utføre sykepleiehandlinger (Orem, 1995). Operasjonssykepleieren handler på vegne av operasjonspasienten når han eller hun legger inn et urinkateter, eller når operasjonspasienten legges i adekvat leie på operasjonsbordet. Særlig i øyeblikkelig hjelp- situasjoner, er det viktig at operasjonssykepleieren er seg bevisst dette.

Orem (1995) skriver at:

Nursing itself has been explained as a service provided by persons who are legitimately qualified as nurses to produce systems of care for individuals (patients or clients) with health-associated limitations for regulating their own functioning or that of their own or their dependents' therapeutic self-care demands (Orem, 1995, s. 69).

Teorien om sykepleiesystemene: deles inn i tre ulike sykepleiesystemer. Orems teorier om sykepleiesystemene har relevans for operasjonssykepleieren, da operasjonssykepleieren i sitt arbeid, er sentral i behandlingsapparatet rundt akutt kritisk syke operasjonspasienter. Under presenteres det helt kompenserende sykepleiesystem og det delvis kompenserende sykepleiesystem.

Det helt kompenserende systemet velges i situasjoner der pasientens ressursvikt er total og der en sykepleier må initiere handlinger på bakgrunn av at i tilfelle man har med å gjøre med en operasjonspasient som er i narkose, eller i en akutt krisetilstand (Orem, 1995). Helt kompenserende sykepleiesystemer knyttes til pasienter som er ute av stand til å utføre egenomsorgshandlinger på eget initiativ, eller som har mangelfull evne til selvstendige, kontrollerte bevegelser.

Tre grupper pasienter faller inn under denne kategorien:

- 1) Pasienter ute av stand til å utføre bevisste handlinger (som eksempelvis komatøse pasienter, eller operasjonspasient i narkose).
- 2) Bevisste og kompetente pasienter som kan fatte avgjørelser om egenomsorg, men som ikke er i stand eller ikke skal utføre motoriske handlinger, som for eksempel operasjonspasient med spinal- eller epiduralbedøvelse.
- 3) Pasient som er ute av stand til å fatte enkelte avgjørelser om egenomsorg, men som eventuelt kan utføre egenomsorg under rettledning. Dette kan operasjonssykepleieren møte i situasjoner der man får inn operasjonspasienter som er demente (Orem, 1995, s. 308).

Det delvis kompenserende systemet kan velges av sykepleieren i situasjoner hvor operasjonspasienten har ressurser til å utføre deler av sin egenomsorg (Orem, 1995). Orem (1995) skriver videre at et slikt sykepleiesystem ikke krever en like omfattende inngripen fra sykepleierens side. Sykepleieren må også her utføre visse kompenserende handlinger, men pasienten er i større grad involvert i sin egen pleie både når det gjelder å ta beslutninger og i handlinger (ibid.).

Orems teorier sentreres rundt begrepene egenomsorgskapasitet, terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorg. Begrepene forholder seg til hverandre som forutsetninger for, mål for og konkrete handlinger som vil kunne inngå i en målrettet kontinuerlig handlingsprosess på vegne av egen helse og ens eget velvære.

Operasjonssykepleierens rolle i et helt kompenserende sykepleiesystem vil som regel være å kompensere for de egenomsorgsbehov som operasjonspasienten selv er ute av stand til å oppfylle, og å støtte og beskytte operasjonspasienten. Sykepleieren foretar nødvendige vurderinger og treffer beslutninger på pasientens vegne (Cavanagh, 2010). Når operasjonssykepleieren handler på vegne av operasjonspasienten, stiller dette også etiske krav til operasjonssykepleier.

Orems teori er beslektet med Henderson, i og med at den ser på sykepleie som erstatning for helserelaterte aktiviteter (egenomsorg) i situasjoner der pasienten selv ikke er i stand til å ivareta disse. Som Henderson, understreker Orem at sykepleiens mål er å hjelpe pasienten til uavhengighet i den grad det er mulig. Orem videreutviklet ideen om hvilke aktiviteter (egenomsorgskrav) som er nødvendige for å fremme funksjon og helse. Videre skisserte hun sykepleietiltak (sykepleiesystemer) som er nødvendige i forhold til ulike grader av omsorgssvikt. Vitenskapsteoretisk skiller Orem seg fra Henderson i sin sterke vektlegging på tradisjonelle (positivistiske) teori-idealer (Kirkevold, 2006).

2.2.3 Kritikk av Orems teori

Orems teori om sykepleiesystemer gir ikke konkrete retningslinjer for å oppfylle de egenomsorgskravene hun trekker frem. Derfor lar den seg vanskelig anvende til annet enn å gradere ulike pasienters behov for hjelp i tre kategorier (Kirkevold, 2006). Orem presenterer sin teori som en generell sykepleieteori, og gir inntrykk av at teorien er dekkende for all sykepleie. Det er grunn til å trekke dette i tvil, da teorien blant annet har lite å bidra med i situasjoner der lidelse, smerte og sorg er hovedtemaer, samt i situasjoner der meningsløshet, uløselige problemer, plager og lidelser er til stede (ibid).

2.2.4 Teknologi i sykepleien

Mot slutten av 70-årene kom begrepet teknisk sykepleie i bruk. En slik sykepleie ble sett på med noe skepsis av sykepleiere som ikke arbeidet innenfor anestesi- intensiv- og operasjonssykepleien. Årsaken til skepsisen var at denne typen sykepleie var nært knyttet til det naturvitenskapelige fagområdet av sykepleien, i motsetning til den mer humanistiske retningen. For å motvirke en slik utvikling ble den generelle sykepleieteorien integrert i utdanningsprogrammet, men den ble ikke relatert til spesialsykepleierens virkelighet (Kjøllesdal, 2005). Undervisningen ble gitt løsrevet fra

en tenkning rundt teknologiens muligheter og begrensning og uten at man tenkte så mye på hvordan pasient og pårørende kunne oppleve teknologien. Eva Gjengedal (1994) er blant de som har sett på hvordan teknologi oppleves av pasientene. Gjengedal arbeidet også med begrepet relatert til etikk og omsorg (Kjøllesdal, 2005).

I dagens utdanning av sykepleiere brukes det tid på å definere omsorgsbegrepet, mens teknologibegrepet berøres i mindre grad. I klinisk undervisning møter studentene ulike former for teknologi. Det er usikkert i hvilken grad de reflekterer over hvordan ulike former for teknologi påvirker deres utøvelse av sykepleie. Kunnskap, refleksjon og erfaring er en forutsetning for både teknologisk kompetanse og omsorgskompetanse. Teknologi og omsorg representerer ulike verdier. Noen mener at teknologi- og omsorgsverdiene er uforenelige, mens andre sier de utfyller hverandre (Kjøllesdal, 2010).

Orem beskrev at dersom et menneske skal hjelpe et annet menneske, må det et sosialt møte til. Sosiale møter har et sosialt, mellommenneskelig og teknologisk særpreg (Orem, 1995). Orem definerer teknologi som bruk av naturvitenskapelig kunnskap i praksis innenfor et område. Hun sier at yrkesutøvere fra en fagdisiplin kan bruke teknologier utviklet av andre disipliner. Dette skjer for eksempel mellom medisin og sykepleie. Orem hevder at sykepleieteknologier inkluderer teknologier som er relatert til mellommenneskelig interaksjon så vel som observasjon, diagnostisering og utøvelse av sykepleieprosedyrer. Teknologi er like gjerne å bruke metoder og hjelpemidler av sosial, interpersonlig og instrumentell karakter (ibid). Teknologi som begrep, betegner teknikker og metoder basert på bestemte kunnskaper om hvordan den bestemte fremgangsmåten fører til et ønsket resultat.

Orem har for øvrig skrevet om teknologi i sykepleien, og i sine arbeider bruker hun begrepet teknologi slik at det ikke utelukkende handler om naturvitenskapelige teknologier. Like gjerne kan begrepet *teknologi* omhandle teknologien som ligger i en målrettet samhandling mellom to personer. Dokumentasjon av utførte sykepleieprosedyrer med de vurderingene som ligger til grunn for de iverksatte handlingene, er en faglig beskrivelse av hva som er gjort i forhold til den enkelte pasienten (se 2.1).

Dette er i tråd med Tranøys definisjon (1986) på teknologi som sier at teknologi er:

...målrettede inngrep i og styring av prosesser og begivenhetsforløp (fysiske, kjemiske, biologiske, sosiale, psykologiske, økonomiske, historiske og kulturelle) på basis av vitenskapelig kunnskap om lovmessige sammenhenger i prosessene. Naturvitenskapelig teknologi er styring av og inngrep i naturprosesser; maskiner, apparater, instrumenter og mekanismer kan være styringsredskaper (Kjøllesdal, 2005, s. 104).

I Tranøys definisjon er de psykiske og sosiale prosessene inkludert. Dette setter begrepet inn i en større sammenheng enn den rent naturvitenskapelige. Teknologi er altså ikke bare maskiner og apparater, men også handlinger, forutsatt at de er systematiske og satt i en sammenheng (Kjøllesdal, 2005).

Ashworth (1990) kommer inn på at teknologi ikke omfatter bare mennesker, men i tillegg menneskelige kunnskaper og ferdigheter som er del av det å benytte og utvikle maskinene. Dersom teknologien skal komme den akutt kritisk syke til gode, trengs sykepleiere som bruker:

- velutviklede kunnskaper
- psykomotoriske ferdigheter
- klinisk intuitiv vurdering (Kjøllesdal, 2005, s. 105).

Teknologien er med andre ord sagt, ikke bedre enn personen som bruker den. Det er hele tiden bruk for kunnskaper, ferdigheter og vurderinger. Dette gjelder enten spesialsykepleier bruker maskiner, utfører en teknisk prosedyre eller bruker seg selv som instrument i utøvelsen av sykepleie. Ashworth mener det er unaturlig å skille mellom bruk av teknologi i sykepleien til akutt kritisk syke og andre sykepleiehandlinger (Kjøllesdal, 2005). Barnard (1999) kommer i sine arbeider inn på at teknologi er fysiske ting, kunnskap og ferdigheter, organisasjon, systemer og atferd. I tillegg mener Barnard at teknologi er et overbyggende begrep som inkluderer alle bevisste, viljestyrte, rasjonelle handlinger som bidrar til at midler eller metoder blir så effektive som mulig (Kjøllesdal, 2005).

Operasjonssykepleieren viser omsorg for operasjonspasienten når han eller hun innehar gode tekniske ferdigheter. Kjøllesdal (2005) kommer inn på dette når hun skriver at det ikke er nødvendigvis hva som gjøres, men hvordan noe gjøres. Mange pasienter kan oppleve at de får omsorg i høyteknologiske omgivelser når spesialsykepleier forholder seg til dem som personer og imøtekommer andre behov enn dem som er relatert til de

tekniske prosedyrene og maskinene (Kjøllesdal, 2005). Barnard (2001) hevder at den beste medisin er at sykepleiere utvikler sin omsorgskompetanse for å balansere den tid og energi som vil kunne gå med til å ivareta de teknologisk relaterte oppgavene (ibid.).

Uansett hvordan teknologi vurderes kan den ikke erstatte omsorg, men som Barnard & Sandelowski (2001) argumenterer har teknologien en mulighet for nøyaktighet. Denne nøyaktigheten kan frigjøre tid til andre observasjonsoppgaver og slik frigjøres tid til andre oppgaver rundt pasienten. Omsorg i den tekniske verden er at sykepleieren evner å ha et moralsk perspektiv på hvorvidt løsningene tjener pasientens interesse. Teknologisk kompetanse er omsorg i en sykepleiesammenheng. Sykepleier møter pasienten i mer eller mindre komplekse situasjoner hvor teknologi og omsorgsverdier utfordrer hans eller hennes kompetanse. Sykepleieren møter organisasjoner og systemer som stadig er i utvikling rundt pasienten (Kjøllesdal, 2005).

2.2.5 Bruk av IKT

Bruk av IKT skal sørge for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov, der hvor pasienten befinner seg. Pasienten skal være informert, og i den grad det er mulig være en aktiv deltaker i behandlingen (Andersen & Riise, 2012). I Samspill 2.0 er utdanning, opplæring og kompetanseutvikling med som ett av ti innsatsområder, men temaet behandles noe generelt. Det er noe mindre fokus på hva tjenestemottakers kompetansenivå vil kunne ha å si for å kunne utnytte mulighetene IKT gir (ibid.).

Under Innsatsområde 9: Utdanning, opplæring og kompetanseutvikling i Samspill 2.0 fra Helse- og omsorgsdepartementet står blant annet følgende:

IKT og elektronisk samhandling er en del av helse- og sosialpersonellens hverdag. Kompetansen til å utnytte dette til å yte bedre og mer effektive helse- og omsorgstjenester er imidlertid varierende. Det er behov for kontinuerlig kompetanseheving for å oppnå kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. De enkelte virksomhetene har et arbeidsgiveransvar for å tilrettelegge for opplæring i forbindelse med innføring av nye IKT- systemer og nye rutiner for elektronisk samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 42).

Målet er at helse- og sosialpersonell har nødvendig kompetanse for aktivt å dra nytte av IKT i tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er et behov for kunnskap om hvordan man skal integrere omsorg og teknologi i utøvelsen av sykepleie (Kjøllesdal, 2010). Som Rotegård et al (2010) beskriver, må alle aktører i sykepleietjenesten lære å

utnytte teknologiens potensial og bidra til at man baserer seg på en god fagkunnskap. Det innebærer en nytenkning rundt tradisjonell dokumentasjon. Med felles retningslinjer, felles kunnskapsbase og med pasienten i fokus (og ikke faggruppene) kan vi bidra til bedre kvalitet, kontinuitet, pasientsikkerhet og dessuten effektivitet i helsetjenestene. Videre beskriver Rotegård et al at det ikke finnes nasjonale retningslinjer med maler for innhold og bruk av veiledende pleieplaner eller med tverrfaglige pasientforløpsplaner. Til tross for at slike systemer vil kunne bidra til viktig dokumentasjon av et pasientforløp, varierer både bruk og kvalitet (Rotegård et al, 2010, s. 62). For at operasjonssykepleieren skal kunne yte god omsorg er det avgjørende at han eller hun har fått grundig opplæring og faglig oppdatering. I en overgangsperiode kan dokumentasjonen ta tid. Når man etter hvert har fått en større grad av trygghet og mestringsfølelse i å benytte det elektroniske dokumentasjonsverktøyet, vil denne tryggheten kunne kanaliseres videre over på operasjonspasienten. Dette dersom de juridiske bestemmelsene om dokumentasjon av pasientbehandling, samtidig er ivarettatt.

Bruk av IKT i egen arbeidshverdag, er noe som ikke alle sykepleiere er bevisste på i særlig grad per i dag. Dagens sykepleiere og især morgendagens sykepleiere, vil ha behov for solid opplæring i bruk av IKT. Bruk av IKT er ikke lenger kun forbeholdt sykepleiere i administrative stillinger (McBride, 2006).

Operasjonssykepleiere som faggruppe er seg bevisst på det ansvaret som påhviler dem når det gjelder å dokumentere egen praksis. Dog møter gruppen utfordringer på flere nivåer i forhold til elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie. Det eksisterer i dag flere ulike modeller som man kan ta i bruk for å dokumentere den helsehjelpen man yter. Videre er det ingen entydige føringer fra verken nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå i helsetjenesten på eksempelvis hvilket program eller hvilken modell for dokumentasjon man anbefaler. Det er et komplekst tema, og både fagutvikling, forskning og faglig diskusjon på flere nivåer gjenstår før man når en dokumentasjonspraksis som er systematisk, enkel og sikker (NSFLOS, 2009).

2.3 Standardisering av dokumentasjon

I diskusjonen om etablering og bruk av en felles terminologi eller språk for sykepleie, og for dokumentasjon av sykepleieres helsehjelp, må det inngå en gjennomgang av systemet,

samt en undersøkelse om det er egnet for den helsehjelpen det er relevant å journalføre (Moen et al, 2008). Hensikten med standardiserte begreper er at de skal være hjelpemidler i sykepleieres journalføring. Spørsmålsstillingene over kan tas opp på lokalt nivå i den aktuelle organisasjonen, men det er viktig at et nasjonalt fora, som NSFID (Norsk sykepleierforbunds forum for IKT og dokumentasjon), tar opp diskusjonen. En slik diskusjon må samtidig ta hensyn til norsk helselovgivning som er tydelig på at det er planlagt og utøvd helsehjelp på *selvstendig* grunnlag som skal journalføres. Eksempelvis har NIC begreper for alle handlinger utført av sykepleiere, det vil si både for delegerte, samarbeidende og selvstendige sykepleiefunksjoner (Moen et al, 2008).

En årsak til at et klassifikasjonssystem som NANDA ikke er integrert fullt i sykepleien, er at det på de årene systemet har eksistert, har systemet blitt utviklet hovedsakelig på frivillig basis. Dette kan ha medført en noe utilstrekkelig systematisk utvikling (Craft-Rosenberg, 1999). En utfordring for operasjonssykepleier vil være at han eller hun arbeider med ulike former for kirurgisk behandling, og med undersøkelser av ulike kompleksitet. Pasientgruppene er ulike med hensyn til behov for operasjonssykepleie. Dette gjør det utfordrende å utarbeide elektroniske maler for faggruppen. Skal det utarbeides en mal som favner alle pasientgruppene, eller maler for ulike kirurgiske inngrep? Ettersom helsevirksomheter flytter sin virksomhet over fra å dokumentere på papir til å dokumentere elektronisk, er det viktig å huske på at operasjonssykepleieres journalopplysninger presenteres slik at dokumentasjonen bevarer konteksten med den rikdommen av ulike informasjon som er innhentet, og samtidig presenterer kompleksiteten i det som ligger i en god omsorg for pasienten (Dykes et al., 2009). NANDA presenteres mer utfyllende i del 2.4.1 under.

Når man skal ta i bruk klassifikasjonssystemer som NANDA, er det nødvendig å tenke gjennom hvordan sykepleierens tenkesett kan endres systematisk rundt utøvelsen av sykepleie. Lunney (2006) hevder at bruken av et standardisert sykepleiespråk i sykepleieprosessen skiller seg fra den *tradisjonelle* sykepleieprosessen. Og at bruken av et standardisert sykepleiespråk forutsetter økt fokus på å utvikle en intellektuell og teknologisk kompetanse. Lunney hevder også at en presis diagnostisering er grunnlaget for et formålstjenlig valg av hvilket sykepleietiltak og hvilken sykepleieintervensjon man skal ta i bruk (Lunney, 2006).

Dobbeltføringer i pasientjournalen bør unngås, dvs. at flere dokumenterer det samme. Dette medfører ekstra arbeid og øker risikoen for inkonsistente data, noe som skaper usikkerhet om riktigheten av de dataene som skal følge pasienten videre. Oversikten kan reduseres når flere dokumenterer det samme ulike steder, og nødvendige korrigeringer blir sjelden registrert alle steder (Ohnstad, 2002).

2.4 Klassifikasjonssystemer i elektronisk pasientjournal

Innen sykepleiefaget har det blitt arbeidet med klassifikasjonssystemer i flere tiår. Det finnes blant annet klassifikasjonssystemer der man kan hente ferdige beskrivelser for behov/problem (sykepleiediagnoser), mål (outcome) og tiltak (interventions). Ideen er foruten forenkling, at systemene skal bidra til at sykepleiere får en felles forståelse av innholdet i begrepene (Sandvand & Vabo, 2007). Klassifikasjonssystemene vil også kunne være med på å standardisere dokumentasjon av operasjonssykepleie i større grad enn det som gjøres i dag. Sykepleiere har arbeidet med å få standardisert sitt “språk” siden Florence Nightingales tid (Doyle, 2006). Klassifikasjonssystemer som PNDS gjør at sykepleiere kan kommunisere mer standardisert med hverandre, og kan bidra positivt til pasientens sikkerhet (ibid.).

Under presenteres klassifikasjonssystemer for sykepleie som er i bruk; NANDA, NOC, NIC, PNDS og ICNP.

2.4.1 NANDA

Forkortelse for *North American Nursing Diagnosis Association*. Et kodeverk og klassifikasjonssystem for sykepleiediagnoser. NANDAs arbeid med å klassifisere sykepleiespråket, var et pionérarbeid og beredte grunnen til senere arbeid som NOC og NIC stod for (Craft-Rosenberg, 1999).

NANDA dekker kun diagnostiseringsdelen (behov/problem) av sykepleieprosessen. I forordet til NANDA, *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2001-2002*, beskriver NANDA sitt klassifikasjonssystem slik:

Making a nursing diagnosis requires analysis, synthesis and accuracy in interpreting and making sense of complex clinical data. This critical thinking

process allows the nurse to make decisions about desired outcomes and interventions needed to help achieve those outcomes. However, unless the nurse can document his or her thinking in a manner other nurses and healthcare providers can interpret, that thinking process is invisible. Accurately naming and reporting the results of the nurse's critical thinking helps other caregivers know a patient's needs and how the plan of care will help meet those needs. Using standardized nursing language to document the nurse's thinking is an efficient way to achieve interdisciplinary understanding (NANDA, 2002, s. VII).

Organiseringen av NANDA sykepleiediagnoser har utviklet seg fra å ha karakter som en alfabetisk liste på midten av 1980-tallet, til dagens klassifikasjonssystem (NANDA, 2002). Dette har betydning også for operasjonssykepleierens dokumentasjon. Operasjonssykepleieren skal eksempelvis identifisere risikofaktoren for trykksår i forbindelse med leiring av operasjonspasienten i sykepleiedokumentasjonen (Hansen & Brekken, 2009; KITH Rapport, 2003). Etter risikovurdering, må operasjonssykepleier aktivere den aktuelle sykepleiediagnosen/sykepleiebehovet i den veiledende behandlingsplanen, og videre dokumentere hvilke tiltak som iverksettes for å løse det identifiserte problemet. Under presenteres tre sykepleiediagnoser som er aktuelle for operasjonssykepleieren.

For operasjonssykepleieren kan en NANDA sykepleiediagnose som *risiko for perioperativ leiringskade* (1994; 2006) være aktuell. Det vil si fare for skade som følge av omgivelser i den perioperative setting. Risikofaktorer er blant annet ødem, avmagret pasient, immobilitet, muskelsvekkelse, overvekt (NANDA, 2001-2002; NANDA, 2009-2011).

NANDA 2009-2011 definerer dette slik: "At risk for inadvertent anatomical and physical changes as a result of posture or equipment used during an invasive/surgical procedure" (NANDA, 2009-2011, s. 315).

En annen aktuell NANDA sykepleiediagnose er *risiko for infeksjon* (1986). Det vil si fare for å bli utsatt for patogene organismer. Risikofaktorer er blant andre: invasive inngrep, traume, vevsødeleggelse, malnutrisjon, immunsuppresjon, nedsatt primærforsvar: ødelagt hud, traumatisert vev, stase av kroppsvæsker, forandret peristaltikk, endring i pH-sekresjon, sekundært forsvar (leukopeni, lavt hemoglobinnivå, kronisk sykdom (NANDA, 2001-2002, s. 109). *Risiko for infeksjon* er definert som «At risk for being invaded by pathogenic organisms» (NANDA, 2009-2011, s. 307).

En tredje NANDA sykepleiediagnose er *risiko for hypotermi* (1986, 1988). Det vil si fare for kroppstemperatur under normalnivå. Risikofaktorer er hvis operasjonspasienten utsettes for kulde eller kjølige omgivelser, medikamenter som forårsaker vasodilatasjon, sykdom eller traume, tap av varme ved varmestråling (varmen fordampes fra operasjonspasient og ut i omgivelsene), nedsatt metabolisme, skade på hypothalamus, inntak av alkohol, høy alder, inaktivitet, nedsatt evne til å sette i gang muskelaktivitet til å skjelve (NANDA, 2001-2002, s. 96). Definert som «Body temperature below normal range» (NANDA, 2009-2011, s. 347).

2.4.2 NOC

NOC er en forkortelse for *Nursing Outcomes Classification* og er et kodeverk som tar for seg mål eller resultater for sykepleien. Systemet er utviklet av et forskerteam ved University of Iowa, og startet i 1991. Fremdeles arbeider man med å utvikle dette systemet (Sandvand & Vabo, 2007).

Hensikten med forskningen som pågår rundt NOC har vært å:

- identifisere, validere og klassifisere effekten som pasienten har hatt av sykepleierens intervensjoner.
- Evaluere validiteten og brukbarheten av resultatene fra feltstudier
- Måle og teste prosedyrer (Johnson, 1999).

NOC kom først ut i 1997 med mål for resultater av sykepleien. Det har siden kommet 28 ytterligere mål for resultater inn i senere utgaver. I denne prosessen har man arbeidet ut fra at pasienten kommer inn i sykehuset i en tilstand, målet for ønsket resultat er målbart, og pasienten responderer enten positivt eller negativt på intervensjonen som sykepleieren iverksetter (se NIC under). Man har i NOC formulert målene som et variabelt begrep og ikke som et stramt definert mål, og dette gjør det enklere å se etter om pasienten responderer på intervensjonen. Hvert NOC resultat har en definisjon, en liste med indikatorer som er nyttige når man skal evaluere pasientens status. NOC inneholder også en kort liste med referanser som benyttes i utviklingen av et mål (Johnson, 1999). Innen forskning er det et behov for å videreutvikle klassifiseringene innen NOC ytterligere med hensyn til hvor pålitelige målingene er på tvers av ulike individer og setninger (NIC, 2004).

Operasjonssykepleieren kan beskrive som mål for operasjonspasienten at det ikke skal utvikles trykksår på risikoutsatte områder av kroppen (Hansen & Brekken, 2009). Dette gjøres på bakgrunn av operasjonssykepleierens kunnskaper om inngrepet som operasjonspasienten skal igjennom. Operasjonssykepleierens bidrag kan særlig ligge på forebygging av infeksjoner og derigjennom legge til rette for et godt kirurgisk resultat.

2.4.3 NIC

Er en forkortelse for *Nursing Intervention Classification*. Disse er aktiviteter som sykepleieren bruker for å assistere klienten/pasientens respons i forhold til å bevege seg mot et ønsket mål (NSFID, 2007). Utvikling av disse intervensjonene er faglig vurdert av sykepleiere fra praksisfeltet. Utviklingsprosessen tok 10 år, og NIC oppdateres hvert fjerde år (Sandvand & Vabo, 2007). NIC omfatter både fysiologiske (som syre-base overvåking) og psykososiale (som reduksjon av angst) aspekter. I tillegg sykdomsforebyggende og helsefremmende aspekter (NIC, 2004). Med NIC har man i sykepleiefaget fått et mer standardisert sett med klart definerte definisjoner og en liste med tiltak man kan iverksette (ibid.).

Arbeidet til University of Iowa med å navngi og klassifisere sykepleieintervensjonene, hadde sitt utspring i at når sykepleieren beslutter hvilken sykepleiediagnose som skal brukes, så følger det et ansvar å gjøre noe med sykepleiediagnosen, og bakgrunnen var utviklingen av NANDA. I tiden før utviklingen av NIC, hadde ikke sykepleierne noe språk der de kunne kommunisere intervensjonene de satte i gang (McCloskey & Bulechek, 1999).

En intervensjon er et sett sykepleieaktiviteter og defineres som: «any treatment, based upon clinical judgment and knowledge, that a nurse performs to enhance patient/client outcomes» (McCloskey & Bulechek, 1999, s. 256). NIC er nyttig for å kunne dokumentere klinisk på tvers av systemer og settinger, kommunisere pleien, og måle produktivitet. Hver av intervensjonene i NIC, består av en definisjon og en liste med aktiviteter som beskriver hva en sykepleier gjør for å iverksette tiltaket (ibid.). NIC klassifikasjonssystem inneholder begreper for alle typer handlinger og aktiviteter som sykepleiere utfører på vegne av eller i samarbeid med pasienten. Det betyr at klassifikasjonssystemet har begreper som kan benyttes for å journalføre helsehjelp

uavhengig av om helsehjelpen er en sykepleieaktivitet som er av selvstendig, samarbeidende eller delegert art (Moen et al, 2008).

Dochterman & Bulechek (2006) skriver at begrepet *intervensjoner* brukes om sykepleiehandlingene, og definerer det som enhver handling, basert på kliniske vurderinger og kunnskap som sykepleieren gjør for å forbedre utfallet for pasienten/klienten. Dermed er en intervensjon å betrakte som enhver handling som sykepleieren utfører basert på kliniske vurderinger og kunnskaper for å forbedre utfallet for pasienten. Sentralt i NIC, er hva sykepleieren gjør, og det er ikke vektlagt om det er sykepleieren, legen eller andre i pleie- og behandlingsteamet som har iverksatt handlingen (Moen et al, 2008).

Arbeidet med NIC startet i 1987. Siden er systemet videreutviklet slik at det kan legges til domener, klasser, intervensjoner og aktiviteter i takt med utviklingen innen sykepleie og behandling. Klassifikasjonen har i dag definert 514 intervensjoner og ca. 12 000 aktiviteter (Moen et al, 2008, s. 132). Det er lagt vekt på at intervensjonene skal dekke et bredt spekter av sykepleiepraksis. Dette er nødvendig for å gi et godt bilde av hvor rik og variert sykepleiepraksis er, men det er også med på å gjøre klassifikasjonen utfordrende å bruke i praksis. Det er derfor nødvendig å gjøre en systematisk gjennomgang av eksisterende dokumentasjon for å finne ut av hvilke NIC- intervensjoner som er anvendbare i praksis. Angermo (2006) fant at kun 20 % av tiltakene beskrevet i sykepleiernes dokumentasjon, var inkludert i NIC. NIC, versjon 2004, er oversatt til norsk og tilgjengelig i bokform (NSF, 2007). Operasjonssykepleieren kan oppfylle dokumentasjonskravet i lovverket ved for eksempel å beskrive tiltak som iverksettes for å forebygge trykksår hos operasjonspasienten. I dokumentasjonen må det fremgå at man har iverksatt tiltak som å legge trykkavlastende puter under de trykkutsatte områdene av kroppen (Hansen & Brekken, 2009).

2.4.4 PNDS

Westendorf (2009) beskriver PNDS (The Perioperative Nursing Data Set) som et formalisert og standardisert sykepleiespråk til bruk i perioperativ sykepleie i USA (Westendorf, 2009). Systemet ble utviklet på 1980-tallet og begynnelsen på 90-tallet og bidrar til at alle diagnoser, intervensjoner samt måling av effekten av disse intervensjonene er satt i system. Data Elements Coordinating Committee (DECC) i

AORN var spydspissen for utviklingen av dette arbeidet med systematisering, og resultatet ble PNDS (Beyea, Killen, Watson, Rantz & LeMone, 1999). I starten var de fire hovedmålene å:

- Utvikle en metodologi for å identifisere dataelementer
- Utvikle og samle definisjoner
- Implementere og evaluere rammeverket for dataelementene
- Spre informasjon (Beyea et al, 1999, s. 291).

DECC anerkjente også behovet for standardiserte språk for datalagring og en validering av hvor effektive sykepleiens resultater var. Medlemmene i DECC var enige om at dersom perioperativ sykepleie skulle kunne bli synlig for administrativt personell og premissleverandører innen helsepolitikk, så må entydige journaldatasystemer på plass (Beyea et al, 1999).

PNDS har ifølge Westendorf vist seg å være klinisk relevant og empirisk validert, og det kan ha forbedret sykepleien til de kirurgiske pasientene (Westendorf, 2009). AORN (2005) (Association of Perioperative Registered Nurses) identifiserte flere grunner til å ha et slikt standardisert sykepleiespråk. Dette inkluderer et rammeverk for å standardisere dokumentasjonen og bidra til et universelt språk til perioperativ sykepleiepraksis og utdanning (Westendorf, 2009). Westendorf beskriver at PNDS (Perioperative Nursing Data Set) kan fremme pasientsikkerhet og i noen grad fremme operasjonssykepleie som fag (ibid.).

Petersen & Cleiner (2011) har gjort en revidering av PNDS dokumentasjonssystem. I revisjonen er sykepleieprosessen vektlagt, som Kim (2000) og Orem (1995) har beskrevet, se ovenfor. En identifikasjon av den perioperative kliniske arbeidsflyten, fungerte som en start for utviklingen av den perioperative pleieplanen (Petersen & Cleiner, 2011). Forfatterne oppsummerer med å si at det er viktig at man jevnlig oppdaterer dokumentasjonssystemet, foretar nødvendige justeringer av språket, slik at dokumentasjonssystemet blir bedre (ibid.). I denne omgang arbeidet man for å oppnå et dataverktøy som kan identifisere elementer som skal virke klargjørende i dokumentasjonsarbeidet.

2.4.5 ICNP

Står for International Classification of Nursing Practice og er et prosjekt gjennomført i regi av ICN (International Council of Nurses). ICN vedtok i 1989 å etablere ICNP som et verdensomspennende språk for sykepleie. Koder og kryssreferanser skal bidra til at ICNP blir et integrerende rammeverk for ulike kode- og klassifikasjonssystemer i sykepleie (Moen et al, 2008).

ICNP versjon 1 er et klassifikasjonssystem utviklet i regi av ICN (International Council of Nurses). ICNP Versjon 1 henter termer fra syv akser som kombineres til sykepleiediagnoser, sykepleieintervensjoner og sykepleieresultater. Coenen (2003) har definert ICNP «som en klassifikasjon av sykepleiefenomener, sykepleiehandling og sykepleieresultater som beskriver sykepleiepraksis» (NSF, 2007). I ICNP Versjon 1 settes termer sammen og gjør at systemet har høy fleksibilitet og en stor grad av kombinasjonsmuligheter. Systemet gir muligheter til å uttrykke detaljerte vurderinger, intervensjoner og resultater som vil gi grunnlag for statistikk (NSF, 2007). Bruk av ICNP versjon 1 til sykepleieres dokumentasjon krever og tillater at det lokale brukerstedet utvikler egne kataloger som beskriver pasientproblemer, sykepleieintervensjoner og pasientresultater som naturlig hører sammen (Moen et al, 2008; NSF, 2007). ICNP Versjon 1 skal legge forholdene til rette for at sykepleiere på verdensbasis systematisk kan dokumentere samhandling med pasienter, pårørende eller pasientgrupper ved hjelp av et sett standardiserte uttrykk for pasientproblemer, sykepleieintervensjoner og pasientresultater. Oppnår man dette, vil det gi mulighet for både å generere og samordne overordnede oversikter og sammenlikninger av sykepleieres helsehjelp i ulike praksissettinger både lokalt, nasjonalt og globalt. ICNP kan være et felles rammeverk for lokale systemer, men en utfordring i arbeidet med dette er blant annet å håndtere gjentakelser, tvetydighet og situasjonsavhengige definisjoner av begreper (Moen et al., 2008).

Som NANDA, NIC og NOC er også ICNP som klassifikasjonssystem kjent i Norge og oversatt til norsk. ICNP følger også strukturen fra sykepleieprosessen og tilbyr brukeren et begrepsapparat for både pasientproblemer, sykepleieintervensjoner samt at de knytter disse elementene sammen (Moen et al, 2008).

2.5 Litteratursøk

Søk i litteratur ble gjort i databasene OVID nursing, Medline, Swemed + og i Pubmed. En mer systematisk oversikt over søkeord finner leseren i vedlegg VI bakerst i masteroppgaven. Søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner. Søkeordene 'intraoperative' og 'perioperative' ble benyttet noe om hverandre. Årsaken til dette er at det gav mulighet til å «søke bredere» etter litteratur ved å søke med 'perioperative' enn 'intraoperative' i den grad søket ikke gav treff på litteratur omkring *operasjonssykepleie* som var mitt søkefokus. Det er i hovedsak søkt i engelskspråklig litteratur, men også skandinavisk, og da i hovedsak litteratur fra etter 2005.

Artiklene til Dykes et al (2009), Beyea (2001) og DesRoches (2008) er blant de som ser på ulike klassifikasjonssystemer innen sykepleiedokumentasjon, mens Juntilla et al (2010) samt Doyle (2006) er mer rettet mot dokumentasjon av perioperativ sykepleie og operasjonssykepleie. Hva gjelder lærebøker er blant annet siste utgaven av Rothrock (red.) *Alexanders Care of the Patient in Surgery* (2011) benyttet. Rothrock (2011) gir oppdatert kunnskap om operasjonssykepleierens selvstendige arbeidsoppgaver, som leiring av operasjonspasient, samt forebygging av infeksjoner. Disse to selvstendige arbeidsoppgavene er beskrevet i kapittel fire om funn i min studie. Hva gjelder faglitteraturen, virker det å være gjort forholdsvis få studier på dokumentasjon av operasjonssykepleie, og forholdsvis få studier med fokusgruppeintervjuer med operasjonssykepleiere som informanter på temaet. Det virker å være gjort noe mer forskning på dokumentasjon av generell sykepleie og perioperativ sykepleie. Av denne årsak, ønsket jeg å gjøre en studie på temaet, og finne ut mer om hvilke erfaringer operasjonssykepleierne har med å dokumentere sin sykepleie til operasjonspasienten.

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert sykepleieprosessen, gjort kort rede for ulike klassifikasjonssystemer innen sykepleie, samt presentert litteratur på temaet. Hovedtrekk så langt er:

Det er *formelt* utarbeidet retningslinjer for hvordan sykepleiere skal dokumentere i pasientjournal. Dog er retningslinjene for dokumentasjon av sykepleie noe generelle, noe som stiller krav til de ulike faggruppene. Også operasjonssykepleiere som faggruppe, må

delta i diskusjonen hva som skal oppfattes som faglig god dokumentasjon. Å dokumentere systematisk, kan synliggjøre betydningen av faggruppens kompetanse med hensyn til å forebygge sykehusinfeksjoner, men også forebygging av leiringsskader hos operasjonspasienten.

Bruken av de allerede utviklede klassifikasjonssystemene stiller operasjonssykepleieren overfor utfordringer som at det gjenstår noe fagutvikling og forskning på ulike nivåer, samt diskusjoner i faggruppen før man når en dokumentasjonspraksis som er systematisk, enkel og sikker. I neste kapittel redegjøres for valgt metode og design, før leseren vil finne presentasjon av funn i kapittel fire.

3 Forskningsdesign og metode

I dette kapitlet presenteres studiens design og metode. Det redegjøres også for innsamling av data, analyse og forskningsetiske overveielser.

3.1 Design

Studien vil ha et beskrivende design som beskrevet hos Polit & Beck (2008, s. 394). Tilnærmingen til feltet er kvalitativ for å tilegne kunnskap om operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie. Fokusgruppeintervju ble tatt i bruk som metode for innsamling av data. Fokusgruppeintervju er egnet dersom man vil gå ut i feltet og samle data om opplevde erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2003). Fokusgrupper får frem flere spontane og ekspressive synspunkter enn når man bruker individuelle intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2008, s. 170).

3.2 Metode

I et fokusgruppeintervju vil forskeren på forhånd vite hva han eller hun vil spørre informantene om, men ikke vite hva svarene vil bli (Polit & Beck, 2008). Ønsket var å komme i dialog med informantene og snakke med de direkte om hvilke erfaringer de har gjort seg om dokumentasjon av operasjonssykepleie. Jeg har valgt å arbeide med kvalitativ innholdsanalyse i analysen av data. Målet med innholdsanalyse er å gi kunnskap og forståelse av fenomenet som er til undersøkelse (Hsieh & Shannon, 2005). Hos Hsieh & Shannon er innholdsanalyse definert som en forskningsmetode for subjektiv fortolkning av tekstinnholdet gjennom en systematisk klassifisering der man ser etter mønstre og videre kan avkode temaer (ibid.).

En kvalitativ analyse er en organisering og tolkning av narrative data som har til hensikt å oppdage viktige underliggende temaer, kategorier og relasjonsmønstre (Polit & Beck, 2008). Under arbeidet med analysen, har jeg systematisk gått gjennom transkripsjonene, for å kunne presentere funnene så presis som mulig.

Et kjennetegn ved kvalitativ innholdsanalyse er at metoden i stor grad fokuserer på subjektet og konteksten som utsagnet kommer i. Metoden understreker forskjeller og

likheter innen koder og kategorier. Et annet kjennetegn er at metoden dreier seg om et manifest så vel som latent innhold i en tekst. Det manifeste, som teksten forteller oss, presenteres som kategorier i en tekst. En måte å forstå den teoretiske forklaringen på kvalitativ innholdsanalyse, er å knytte metoden opp mot kommunikasjonsteori som beskrevet hos Watzlawick et al (1967). Watzlawick et al presenterer grunnsetninger som går på kommunikasjon mennesker imellom som kan illustrere tolkningen. En annen grunnsetning er at "man kan ikke *ikke* kommunisere". Dette vil si at informantene i en fokusgruppesetting som jeg jobbet med, også kommuniserer non-verbalt. Eksempelvis ved hjelp av ansiktsuttrykk, mimikk etc., som jeg som forsker vanskelig kan formidle i en skriftlig fremstilling av mitt materiale. Tekster som er basert på intervjuer og observasjoner er formet gjennom interaksjon mellom forsker og deltakerne, og kan ses på som et kommunikasjonsspill (Graneheim & Lundman, 2004). Ved å ha rollen som moderator i en fokusgruppe fikk jeg selv erfare hvor utfordrende det er å fange opp også non-verbale signaler fra informantene.

3.2.1 Setting

Datainnsamlingen er gjennomført ved et universitetssykehus i Norge. Intervjuene ble utført i informantenes arbeidstid. Jeg har gjort to fokusgruppeintervjuer som fant sted på informantenes arbeidsplass inne på operasjonsavdelingen, ved et av landets store universitetssykehus. Fagutviklingssykepleier ved de to arbeidsstedene bistod med å velge ut et egnet sted å være, slik at intervjusituasjonen ble så god som mulig for informantene. Fagutviklingssykepleier bistod meg også ved å ta notater underveis, slik at jeg skulle få med meg mest mulig av informantenes utsagn (Polit & Beck, 2008). Avdelingsleder og fagutviklingssykepleierne ved de respektive arbeidsstedene har trukket ut informantene til fokusgruppeintervjuene for meg. Inklusjonskriterier for å være informanter i fokusgruppeintervjuene var at informantene skulle være operasjonssykepleiere i klinisk arbeid, og at de skulle ha erfaring med å dokumentere operasjonssykepleie. Materialet tar utgangspunkt i data fra totalt elleve informanter, fordelt på to fokusgrupper. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført våren 2011.

3.2.2 Datainnsamlingsstrategi

Strategien for datainnsamlingen er fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er et intervju med en gruppe personer som dreier seg rundt et gitt tema (Polit & Beck, 2008, s. 754; Malterud, 2003, s. 134). Jeg har innhentet kunnskap på bakgrunn av operasjonssykepleiernes egne beskrivelser.

I forkant av fokusgruppeintervjuene fikk informantene utdelt et skjema der formålet var å kartlegge demografiske data som alder, erfaring som operasjonssykepleier og liknende. Resultatene av gjennomgåelsen av disse demografiske dataene presenteres i oppgavens neste kapittel.

Antakelsen er at data er kontekstavhengig, og at de mest pålitelige data tilegnes i den naturligst mulige setting. Gruppene bør være noenlunde homogent sammensatt, hva gjelder alder, erfaring etc. (Polit & Beck, 2008, s. 395). Fokusgruppene var homogene med hensyn til type avdeling, arbeidssetting, etc. Fokusgruppene var heterogene med hensyn til hvilket verktøy de benytter til dokumentasjon av operasjonssykepleie og delvis på bakgrunn av arbeidserfaring.

Innledningsvis av intervjuet presiserte jeg at jeg skulle stille ett og ett spørsmål, og deretter å ta en runde rundt bordet. En slik fremgangsmåte kan gi større mulighet for at flere kommer til orde og man får frem ulike meninger i større grad. Jeg ville ikke som moderator og leder av gruppen bli *for* styrende, da fokusgruppeintervju som metode kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil, hvor målet først og fremst er å få frem ulike meninger (Kvale & Brinkmann, 2008, s. 170).

En styrke ved fokusgruppeintervju som metode, hevder Morgan (1997) er at det er en sosial interaksjon som er kilden til data. Deltakernes forskjellige sammenlikninger av erfaringer og forståelser i gruppeprosessene kan produsere en viten om kompleksiteten i betydningsdannelse og sosiale praksiser, som er vanskelig for forskeren å få frem i eksempelvis individuelle intervjuer. Deltakerne kan diskutere seg imellom om sine erfaringer og kommentere hverandres uttalelser.

En annen styrke ved fokusgruppeintervjuer, er evnen til å produsere konsentrerte data om et bestemt fenomen eller emne på en tilgjengelig måte. Metoden vil ikke være særlig påtrengende ovenfor deltakeren sammenliknet med eksempelvis feltarbeid og deltakende

observasjon. Forskeren vil i feltarbeid og observasjon bruke mye ekstra tid på å henge ute i felten og vente på at noe interessant skal skje, og som produserer en stor mengde ukonsentrerte data. Til gjengjeld *kan* forskeren som arbeider med fokusgrupper gå glipp av interessant informasjon, som man kun kan få ved tilstedeværelse i folks sosiale arbeidskontekst (Halkier, 2008).

For å få best mulig utbytte av metoden benyttet jeg meg av en intervjuguide. Jeg startet med spørsmål som var lett for alle i gruppa å svare på. Jeg startet med generelle spørsmål og snevret inn til mer spesifikke temaer som anbefalt av Krueger & Casey (2009, s. 36-38).

Intervjuspørsmål skal som en hovedregel være korte og lett forståelige. Man bør unngå å stille mer enn ett spørsmål om gangen. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, da dette ville avstenge muligheten til å få ut nok informasjon om hvert av temaene informantene snakket om. En bør åpne opp for at man spontant kan følge opp det som kommer frem underveis i intervjuet (Fangen, 2004). Dette nevnes også hos Knizek som *ad hoc spørsmål*, som skal tjene til å utdype aspekter som det ikke ble tatt høyde for i eksempelvis intervjuguiden (Knizek, 2006).

Krueger & Casey (2009) beskriver viktigheten av at spørsmålene i en fokusgruppe skal være nøye planlagt og utvalgt slik at de er lette å forstå og logiske for de som blir stilt spørsmål. Krueger & Casey foreslår å bruke ord som deltakerne ville ha brukt når de snakker om temaet (Krueger & Casey, 2009). Da kan det være en fordel for meg som intervjuer at jeg ”snakker språket” til deltakerne. Kvale (1997) nevner at man i et intervju har muligheten for å klargjøre meninger, fjerne tvetydigheten i svarene og skape et godt utgangspunkt for analysen man senere skal gjøre av materialet (Fangen, 2008).

3.3 Analyse

Analysen foregikk trinnvis, og startet allerede under intervjusituasjonen ved at informantene ble stilt oppklarende spørsmål, dersom noe var uklart, en oppsummering ble gjort underveis. Dernest ble fokusgruppeintervjuene transkribert. En ordrett transkripsjon er viktig før man skal starte på dataanalysen. Forskeren må forsikre seg om at transkripsjonene er nøyaktige og at de gjør analysearbeidet lettere. Feil i transkripsjonen er nesten uunngåelig, noe som betyr at forskere må sjekke nøyaktigheten til de

transkriberte data (Polit & Beck, 2008). For meg har det vært nyttig å støtte meg på Fangens analysemetode. Fangen diskuterer ulike tilnærminger til fortolkning. Ikke da som metodologiske retningslinjer for sortering og koding av materialet, men mer i form av ulike tilnærminger til fortolkning av observasjoner. Hva gjelder analyse av tekstdata, er det transkriberte materialet redigert og kondensert til meningsenheter, dog er det essensielle i innholdet bevart (Polit & Beck, 2008; Graneheim & Lundman, 2004; Lindseth & Nordberg, 2004; Kvale & Brinkmann, 2008). Et eksempel på meningskondensering kan leseren finne i vedlegg VIII.

3.3.1 Førstegrads fortolkning

Vanligvis vil en analyse si at man tilfører noe mer til det man har hørt eller sett. Man trekker veksler på en bredere meningssammenheng, så kan man som forsker sette det man har observert inn i et nytt perspektiv. Hvis man kun konstaterer det man har observert, har man utført en fortolkning av første grad (Fangen, 2008). Men “tolkning av første grad” kan også bety at du fortolker begivenheten med begreper som likner noe som er identisk med begrepene som informantene selv bruker.

3.3.2 Andregrads fortolkning

Ved fortolkning av hva en handling eller ytring betyr, må handlingen eller ytringen ses i lys av den sammenhengen den forekommer i. Man må i tillegg til å fortolke observasjonene man gjør, klargjøre hvilke sammenhenger ut over observasjonen man benyttet i sin fortolkning (Fangen, 2008). Garfinkel (1967) skriver at man ikke kan se en mening utenfor den sammenhengen den skapes. Det vil si at et sett av begreper betyr noe i én sammenheng, og noe helt annet i en annen, de er *indeksikale*. Garfinkel (1967) bruker betegnelsen indeksikal om uttrykk som man ikke kan bestemme betydningen av, uten å kjenne til omstendighetene rundt ytringen, konversasjonens tidligere forløp eller det bestemte forholdet av faktisk eller potensiell samhandling mellom deg selv og den som uttrykte noe (Fangen, 2008).

3.3.3 Tredjegrads fortolkning

Å lete etter skjulte betydninger vil si at man ikke kun fortolker den underliggende betydningen i vid forstand ved å lese handlinger som en metafor eller et narrativ. Man kan også fortolke ut fra en teori om at menneskene man observerer kan ha et skjult behov eller interesse av å komme med sin ytring eller handle som han eller hun gjør (Fangen, 2008).

Det viktige er å ta perspektivet til “de innfødte” og utvikle begreper som er nært opp til deres egne. Men samtidig kan man stille seg kritisk til deltakerens egenforståelse og til hvorfor de kommer med de ytringene de gjør. Det er riktignok flytende overganger mellom de ulike tolkningsnivåene, det er viktig å være tydelig på *hvor* informasjonen kommer fra og *hvilken sammenheng* den fremkom i (Fangen, 2008).

Hver informant har fått sin kode, som beskrevet hos Polit & Beck (2008). I tillegg er utsagnene som informantene kom med kartlagt og gitt ulike fargekoder etter hvilke temaer utsagnet omhandlet. Et utsagn som gikk på eksempelvis *tidsbruk* gav jeg grønn farge i min råtekst. Utsagn som dreier seg om *operasjonssykepleierens rolle og ansvar* gav jeg rød farge etc. Dette gjorde det lettere å dele inn råteksten i ulike temaer, som igjen bidro konstruktivt videre under analysen av data. De to fokusgruppeintervjuene er analysert hver for seg. Siden gikk jeg gjennom teksten og trakk opp tematiske linjer, slik at analysen av resultatene kunne bli så konkret som mulig. I neste kapittel er informantene i fokusgruppe 1 og 2 presentert sammen i tabellene. Se side 52 og 53.

Selv de tidligste erfaringene gir kunnskap som på en aller annen måte vil prege resultatene vi får. Malterud (2003) beskriver at ved bruk av kvalitative metoder, skal ikke den første datainnsamlingsfasen kalles et pilotprosjekt. Man skal derimot regne *alle* data som del av prosjektet. Materiale som er innhentet på ulike tidspunkter vil gi ulik kunnskap, både når det gjelder mengde og tyngde. Av den grunn er det ikke noe mindreverdig eller kritikkverdig ved de tidlige data, selv om disse muligens gir andre bidrag i analysefasen enn data fra senere faser av feltarbeidet (Malterud, 2003, s. 65). I mitt prosjekt hadde jeg ikke pilotintervju. Polit & Beck skriver at analyse av kvalitative data er organisering og tolkning av narrative data i den hensikt å oppdage viktige underliggende temaer, kategorier og relasjonsmønstre (Polit & Beck, 2008). Fokusgruppeintervjuene har gitt rike og komplekse data som stiller meg overfor

analytiske utfordringer. Richards & Morse skriver om kompleksiteten i transkripsjonen av fokusgruppeintervjuer at selv et forholdsvis kortvarig intervju stiller oss overfor store mengder av transkriberte data, og at man bør se etter *struktur* og *kontekst* i dataene man sitter på (Richards & Morse, 2007).

Fokusgruppeintervjuer er utfordrende å transkribere, delvis på grunn av tekniske problemer. For eksempel var det en utfordring å få plassert mikrofonen slik at alle informantens stemmer hørtes like klart på lydopptaket. Dessuten snakket ikke alle informantene like tydelig. En tilleggsårsak kan være at flere informanter kan prate samtidig, og gjør det utfordrende å skille de ulike utsagnene fra hverandre (Polit & Beck, 2008).

I analysefasen, velger jeg Carey & Smith (1994) og Kidd & Parshall (2000) som fremhever en analyse *både* på gruppenivå og på individnivå (Polit & Beck, 2008, s. 528). Det kan innvendes at dette er å anse som to perspektiver på analyse, og det var en utfordring å balansere disse to perspektivene. Likevel står de ulike informantens utsagn i forhold til hverandre. De er fremkommet i en setting som fokusgruppeintervju er, en samtale der moderator ikke skal være for styrende som nevnt i Kvale & Brinkmann (2008).

Malterud (2003) beskriver hvordan en presentasjon av resultater skal sammenfatte og formidle mønstre som fremkommer gjennom analysen. Vi skal bruke den enkelte informants historie og uttrykk til å vinne kunnskap som kan gjelde for flere, ved å lese historien på tvers, eller ved å løfte frem fenomener som fra den enkelte informant som kan lære oss noe om andre. Tesch (1991) skriver om at de fleste anbefalinger om analyse av kvalitative data, bygger på prinsipper om *dekontekstualisering* og *rekontekstualisering*. Dekontekstualisering tillater oss å løfte ut deler av stoffet og betrakte det nærmere sammen med andre elementer av materialet som sier noe av det samme. I rekontekstualiseringen skal vi sørge for at de svar vi har lest ut av et dekontekstualisert materiale, stemmer overens med sammenhengen det ble hentet ut fra. Vi skal validere delene opp mot helheten (Malterud, 2003, s. 95-96).

3.4 Kvalitet

Her redegjøres for studiens validitet og reliabilitet. Kvale & Brinkmann vektlegger flere sider ved validering, en av sidene er håndverksmessig kvalitet på undersøkelsen og en annen side er kommunikasjon av kunnskap når en sosial virkelighet skal konstrueres (Kvale & Brinkmann, 2009). *Validitet* vil si å stille spørsmålstegn om kunnskapens gyldighet- hva dette er gyldig om, og under hvilke betingelser kunnskapen er gyldig (Malterud, 2003). Om instrumentet måler det det skal måle (Polit & Beck, 2008, s. 457). Validiteten er sikret ved blant annet å ha som inklusjonskriterium for å være med i studien, at informantene skulle være operasjonssykepleiere, at de skulle være i klinisk arbeid og at de skulle ha erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie (Polit & Beck, 2008). Videre har jeg i prosessen med å transkribere materialet hørt gjennom materialet fire ganger. Dette var viktig for å kunne danne et bilde av hvordan utsagnene ble ytret. Hva slags toneleie og hvilken sammenheng ytringen forekom i, etc. Det kan tilføyes at de to fokusgruppene var heterogene med hensyn til hvilket dokumentasjonsverktøy informantene hadde erfaring med. Informantene hadde nokså ulike erfaringer når de ble spurt om hvor tydelig den utførte operasjonssykepleien var for andre helsepersonellgrupper i behandlingskjeden. I så fall kan det sies at *intern validitet* i denne forbindelse er noe svekket (Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008). Det vil si at når informantene i de to fokusgruppene snakker om hvor *tydelig* operasjonssykepleien er for andre sykepleiere i den perioperative behandlingskjeden, så legger informantene kanskje forskjellige ting i sine ytringer. Kan det være en stor nok gruppeforskjell?

Reliabiliteten eller påliteligheten i prosjektet betyr i hvilken grad resultatene er til å stole på, eller om graden av konsistens eller pålitelighet ved metoden som skal måle en egenskap er god nok (Polit & Beck, 2008). Reliabilitet i studien er forsøkt sikret ved at andre kan gjennomføre et liknende prosjekt og gjøre funn som i noen grad vil sammenfalle med mine. Dette er dog gitt at samme inklusjonskriterier for deltakelse i studien ligger til grunn, og at samme type spørsmål stilles til informantene (Polit & Beck, 2008). Muligens ville resultatene vært mer reliable dersom en hadde hatt to fokusgrupper med informanter med like dokumentasjonsverktøy. Eksempelvis to fokusgrupper der samtlige informanter dokumenterer elektronisk.

3.5 Studiens begrensninger

En begrensning ved fokusgruppeintervju er at jeg som forsker blant annet måtte ta høyde for to mulige gruppe-effekter. For det første kan det oppstå tendens til konformitet og for det andre kan det oppstå tendens til polarisering. Begge deler kan legge en demper på variasjonen i hvordan deltakerne presenterer sine erfaringer (Halkier, 2008).

En annen svakhet er at det kan være tilfelle at atypiske individuelle forståelser av et tema kan bli underrapportert i en setting som et fokusgruppeintervju. Det vil si at den sosiale kontroll i fokusgruppen kan hindre at forskjellige erfaringer og perspektiver kommer frem (Halkier, 2008). Malterud på sin side, innvender at selv om fokusgrupper egner seg for å få frem kvalitative data om opplevde erfaringer, så er det samtidig en fare for at gruppedynamikken i en fokusgruppe kan stenge for avvikende synspunkter, eller hindre at følsomme eller intime forhold kommer opp. Materiale fra fokusgrupper kan også bli overfladisk eller ensidig, fordi det krever at moderator styrer gruppa strukturert. I noen grad kan man bøte på dette ved å hente materiale fra flere forskjellige grupper. Moderator må ha god trening i å forebygge og gjenkjenne situasjoner der eksempelvis spørsmål og styring overdøver deltakernes stemmer. Dersom målet er vitenskapelig kunnskap, krever materialet fra fokusgrupper systematisk analyse (Malterud, 2003).

I studien tilstrebes at de ulike informantenes meninger kommer frem. Dersom svarene jeg fikk var for korte, oppfordret jeg informantene til å utdype sine svar. Jo færre informanter undersøkelsesmetoden er basert på, desto strengere krav vil det være at deltakerne har relevant erfaring innen feltet jeg forsker på. Ved rekruttering av informanter, er det viktig å reflektere rundt hvordan fokusgruppene settes sammen. Man kan komme i en situasjon hvor gruppa domineres av personer som er erfarne, og vil spille på dette. Carey & Smith (1994) kaller dette *group think*, og nevner det som en ulempe ved fokusgruppeintervju som metode (Streubert, 1999, s. 24). En dyktig moderator kan minske en slik tendens dersom man tar hensyn og reflekterer over at dette kan forekomme gjennom datainnsamlingen. Fordelen med fokusgrupper som datainnsamlingsstrategi er større enn ulempen (ibid.). Under 3.2.2 nevnte jeg at som operasjonssykepleier forstår jeg «språket» til informantene. Samtidig som kjennskapet til språket kan være en fordel, kan det samtidig være en kilde for bias, og dermed svekke studiens validitet (Polit & Beck, 2008).

3.6 Forskningsetiske refleksjoner og innhenting av tillatelser

Som forsker har jeg et vitenskapelig ansvar, men også et ansvar i forhold til intervjupersonene (Kvale, 2006). Informantene ble informert om at deltakelse i prosjektet var basert på frivillighet, og at de når som helst kunne velge å trekke seg fra deltakelse i prosjektet (Polit & Beck, 2008; Krueger & Casey, 2009). Forskningens mål om å vinne ny kunnskap må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2007, s. 253). Som forsker plikter jeg å gi informasjon til informantene som deltok i studien og at informantene skulle samtykke til deltakelse (Ruyter, Førde & Solbakk, 2008). Se vedlegg nr. V.

Informantene fikk utdelt et skjema om forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet. I brevene til personvernombudet og avdelingsleder, beskrives det at deltakelse er frivillig og at innsamlet data skal aidentifiseres (se vedlegg nr. I og II).

Som forsker plikter man å gi en forståelig begrunnelse for hvorfor prosjektet ønskes igangsatt, og hva formålet med forsøket er. Begrunnelsen ble gitt i form av en skriftlig redegjørelse. Sammen med informasjonsskrivet, fikk informantene en samtykkeerklæring. De underskrevne samtykkeerklæringene ble gitt til min medhjelper som oppbevarer disse i låsbart skap på sykehuset, separat fra lydbåndopptakene. Lydbåndopptakene ble også oppbevart i et låsbart skap på sykehuset.

I forkant ble spørsmålet om å kontakte REK (Regional Etisk Komité) vurdert av veileder. Siden fokusgruppeintervjuene ikke har pasienter som informanter, ble det ikke søkt om tillatelse hos REK. Da forskningen skal foregå på egen arbeidsplass, ble personvernombudet ved sykehuset kontaktet. I forkant ble det også søkt om tillatelse hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD har vurdert prosjektet som ikke meldepliktig, og det samme har personvernombudet ved sykehuset. Begrunnelsen til NSD for at prosjektet ikke var meldepliktig, var at det i søknaden ble beskrevet at det ikke skal opprettes data- eller lydfiler med opptak av fokusgruppeintervjuene. Og videre at det i søknaden ble beskrevet at diktafonen skal oppbevares i låsbart skap på sykehuset. I sin sluttkommentar skriver NSD: «Ettersom det ikke skal behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller opprettes et manuelt personregister som inneholder

sensitive personopplysninger, vil prosjektet ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.» (Se vedlegg nr. VII).

Det ble også søkt om tillatelse for igangsettelse av prosjektet hos avdelingslederne på operasjonsavdelingene, som ga sin tillatelse etter at de andre instansene var kontaktet og hadde gitt sin godkjennelse av prosjektet. I vedlegg I og II, oppgis det at lydfiler skal slettes innen 31.12.2012. Lydfilene ble slettet i oktober 2012.

4 Funn og diskusjon

I dette kapitlet presenteres funn fra fokusgruppeintervjuene. Funnene diskuteres opp mot forskningslitteratur, og i denne prosessen er det gjort nye litteratursøk i databaser for å få brakt sentrale momenter opp til diskusjon.

Der det er benyttet direkte sitater fra fokusgruppeintervjuene, er disse satt i kursiv. For å lette lesingen er sitatene skrevet på bokmål. Endringen til bokmål som skriftlig målform i presentasjon av dialogene, er gjort med den hensikt å øke forståelsen av sitatenes innhold.

Datamaterialet er råtekst som er transkripsjoner fra fokusgruppeintervjuene. I dette arbeidet, har utfordringen vært å fortolke det informantene har kommet med i sine uttalelser.

På neste side presenteres demografiske data som ble kartlagt i begge gruppene. I forkant av fokusgruppeintervjuene fikk informantene delt ut et skjema der de skulle fylle inn alder, arbeidserfaring som operasjonssykepleiere, erfaring med dokumentasjon etc. Årsaken til at de ikke skulle fylle inn kategorien *kjønn*, er at andelen menn i faggruppen er svært lav, slik at dersom dette ble fylt ut, så ville det være større mulighet for at eventuelt de mannlige deltakerne ble identifisert. Derfor ble dette utelatt. Skjemaet demografiske data er vedlagt bakerst i masteroppgaven, og har vedlegg nr. III.

Fokusgruppenes informanter presenteres samlet i tabellene under:

Tabell 1 Demografiske data I

	Alle informanter, begge grupper (n= 11)	
Alder		
36-45 år	5	45,5 %
46-55 år	2	18,2 %
Over 55 år	4	36,4 %
Erfaring som operasjonssykepleier		
5-10 år	3	27,3 %
10-15 år	4	36,4 %
Mer enn 15 år	4	36,4 %
Erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie		
På papir	5	45,5 %
V.hj. av el.dok. program		
Begge deler	7	63,63 %
Hvilket dok. verktøy bruker du nå?		
Papirbasert dokumentasjon	5	45,5 %
El. dokumentasjon	6	54,4 %
Erfaring fra annet arb.sted m annet dok. verktøy?		
På papir	3	27,3 %
Ved hj. av el. dok. verktøy	5	45,5 %
Nei	2	18,2 %

Som det fremgår av tabellen, gir kartlegging av demografiske data forskeren komplekse data. To heterogene grupper av informanter. En gruppe som har erfaring med elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie, og en gruppe som per i dag dokumenterer på papir. De deler seg nokså likt, da fem informanter tilhører gruppen som dokumenterer elektronisk, og seks informanter som er i gruppen som dokumenterer på papir. Hovedvekten av informantene er i aldersgruppen 36-45 år, den andre hovedgruppen i aldersgruppen over 55 år. Åtte av totalt elleve informanter har minst 10 års erfaring som operasjonssykepleiere. Det gjør at informantene har mye klinisk erfaring, som forskeren kan få viktig kunnskap fra. Som svarene på spørsmål 3 viser, så har totalt syv av informantene erfaring med både å dokumentere på papir og elektronisk. Dog viser tabell 1 over, at ikke alle informantene hadde erfaring med å dokumentere *operasjonssykepleie* i

elektronisk form. De hadde derimot dokumentert elektronisk tidligere i sin karriere som sykepleiere på sengeavdeling. Dette forstås som at elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie er av relativ ny dato. Ideelt sett burde det ha blitt utført flere fokusgruppeintervjuer for å eventuelt gi en styrket oppfatning av dette.

Tabell 2- Opplevelse av dokumentasjonsmedium

	Informanter fra fokusgruppeintervju 1 (n=5)	Informanter fra fokusgruppeintervju 2 (n=6)
Bedre enn ved papirformat	3 (50 %)	
Verre enn ved papirformat	3 (50 %)	
Som før		1 (16,7 %)

En av informantene har krysset av for at elektronisk dokumentasjon oppleves både verre og bedre enn før. I feltet for utdypende kommentarer, har informanten forklart dette med at det oppleves verre ved kortere inngrep, at det elektroniske dokumentasjonsverktøyet “henger” og at det tar for lang tid å dokumentere operasjonssykepleie. Derfor har jeg forstått det som at gruppen var noenlunde delt i sitt syn.

Av informantene i fokusgruppe 2, var det én som hadde besvart spørsmålet om det oppleves som bedre eller verre enn før å dokumentere elektronisk. Vedkommende svarte under feltet for utdypende kommentarer at det da ble dobbelført all dokumentasjon. Tre av informantene krysset ikke av på skjemaet. En informant hadde kun kommentert at elektronisk dokumentasjon høres bra ut. Den siste informanten har tidligere erfaring med elektronisk dokumentasjon av sykepleie, men ikke på operasjonsavdeling. Det er mulig at spørsmålet om erfaring med elektronisk dokumentasjon ble misoppfattet av noen av informantene. En av informantene unnlot å besvare det, mens andre *kan* ha krysset av for tidligere arbeidsgiver. Da må jeg i så fall ta selvkritikk for at spørsmålet på skjemaet *kartlegging av demografiske data* var uklart formulert.

4.1 Hovedkategorier av funn

I analyseprosessen, så datamaterialet ut til å samle seg i følgende tre hovedtemaer som ble vurdert som sentrale i forhold til å beskrive opplevde erfaringer med å dokumentere operasjonssykepleie:

- Dokumentasjon av operasjonssykepleierens sentrale, selvstendige arbeidsoppgaver
- Standardisering
- Tidsbruk

4.2 Dokumentasjon av operasjonssykepleierens sentrale, selvstendige arbeidsoppgaver

Denne formen for dokumentasjon omfatter sentrale arbeidsoppgaver som leiring av operasjonspasienten (Heizenroth, 2011; Hansen & Brekken, 2009), forebygging av infeksjoner hos operasjonspasienten (Nicolette, 2011; Dåvøy, 2009) samt dokumentasjon av operasjonssykepleie utenfor operasjonsavdelingen.

Informantene i fokusgruppe 2 diskuterte om papirbasert dokumentasjon i sin nåværende form, er godt nok egnet for å kunne presentere hva operasjonssykepleieren utfører av direkte pasienthandlinger, som nevnt over. Informantene i fokusgruppe 2 diskuterte seg imellom om deres papirbaserte dokumentasjonssystem i stor nok grad ivaretar operasjonspasientens behov og om dokumentasjonen er i henhold til bestemmelser i lovverket og faglige retningslinjer. De diskuterte samtidig om dokumentasjonssystemet i stor nok grad var egnet til å dokumentere operasjonssykepleierens sentrale, selvstendige arbeidsoppgaver.

En av informantene sa følgende:

2A: ja, men vi skal jo først og fremst ivareta pasienten- og tenke i forhold til pasientsikkerhet, men det er faktisk også veldig viktig at vi dokumenterer i forhold til vårt ansvar

Utsagnet kan signalisere et ønske om et dokumentasjonssystem som også i større grad ivaretar brukerens interesser. Og som fremhever faggruppens selvstendige ansvar i forhold til ivaretagelsen av operasjonspasienten.

Dialogen fortsatte:

2D: og for å ivareta oss selv- i tilfelle vi- sitter i saksa altså- unnskyld- unnskyld at jeg sier det.

2E: men vi tok jo det opp på et møte her da etter den episoden at, og da tror jeg de fleste, om det da ikke ble banka gjennom, men at det ble bestemt at vi skulle snu hver en og en halv time- eller bevege på beina og sånn-

2C: to timers mellomrom var det ikke det da?

2E: ja to var det kanskje da- og da blir det at vi må skrive på baksida da-

2C: vi må jo dokumentere det-

2A: eller at man kan ha noen ferdige skjemaer med rubrikker og klokkeslett og sånn at man kan krysse av på at man bare kan hefte det ved- for da kan man jo ha noen sårne- et skjema som på en måte alle kan fylle ut-

Dialogen går over i en diskusjon om dagens dokumentasjonssystem gir operasjonssykepleieren mulighet for å dokumentere sin yrkesutøvelse som imøtekommer kravene i lovverket. Informantene diskuterer i dialogen over regelmessig snuing av operasjonspasienter, slik at man forebygger trykkskader (Heizenroth, 2011). Operasjonspasienter som er i anestesi, har behov for sykepleie fra det helt kompenserende sykepleiesystemet, da operasjonspasienten selv ikke er i stand til å ta vare på seg selv (Orem, 1995). Operasjonssykepleieren iverksetter tiltak for å minske risikoen for utvikling av slike skader, og må videre dokumentere disse iverksatte tiltak i pasientjournal.

Det siste utsagnet fra informant 2 A gir et inntrykk av at dagens papirbaserte dokumentasjonssystem kan utbedres med blant annet større innslag av sjekkpunkter, men samtidig også rubrikker der man kan fylle inn momenter i fritekst. Dette vil komme til å være en utfordring for de som skal utarbeide et dokumentasjonssystem. Utsagnet fra informant 2A ovenfor, kan tyde på at det er ønskelig fra faggruppens side at et dokumentasjonsverktøy gir brukeren mulighet for å kombinere standardiserte uttrykk og presise fagtermer med en mulighet for fritekst.

I Lov om helsepersonell § 39 står det at autorisert helsepersonell skal dokumentere selvstendig helsehjelp som er gitt. Faggruppen operasjonssykepleiere må aktivt være med på diskusjonene rundt hva slags helsehjelp faggruppen skal dokumentere. Operasjonssykepleieren arbeider tett sammen med andre yrkesgrupper i et tverrfaglig kirurgisk team, og det vil ofte være en glidende overgang mellom hvem som skal dokumentere hva. Det er nyttig i et slikt tilfelle å huske på at man skiller mellom selvstendige, samarbeidende og delegerte arbeidsoppgaver. Det som oppfattes som selvstendige arbeidsoppgaver, skal man dokumentere (Lov om helsepersonell). Man bør komme til enighet om hvem som skal dokumentere helsehjelpen i de tilfellene som omhandler samarbeidende arbeidsoppgaver.

Derimot skal man ikke dokumentere de delegerte arbeidsoppgavene, med mindre den som har delegert arbeidsoppgaven ikke selv dokumenterer det. Dette er også noe som må være avklart på forhånd. Eksempelvis er det en stående forordning på delegasjon av innleggelse av urinkateter på menn mange steder, og det er naturlig at operasjonssykepleier utfører og dokumenterer denne prosedyren (NSFLOS, 2009). Det skan variere etter hvilken situasjon man er i.

Hva gjelder dokumentasjon av selvstendig helsehjelp som er gitt av operasjonssykepleier, så vil det være nyttig at operasjonssykepleieren kjenner godt til innholdet i faggruppens funksjonsbeskrivelse. Funksjonsbeskrivelsen nevner blant annet hva som ligger i operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar, og hvilke funksjoner som hører inn under dette ansvaret (NSFLOS, 2009). NSFLOS funksjonsbeskrivelse sier utførlig at: «Dette innebærer helhetlig pleie og omsorg, svarende til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Det terapeutiske ansvar omfatter fire funksjoner: forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende» (NSFLOS, 2008).

4.2.1 Leiring av operasjonspasienten.

Studier som Simms og Terry (2005) og Ohlsson (2005), viser at leiringsskader oppstår hyppig, men også at skadene kan ha oppstått fordi det muligens ikke var satt inn tilstrekkelig med tiltak preoperativt (Heizenroth, 2011; Hansen & Brekken, 2009). Målet med kirurgisk leiring er å oppnå en uproblematisk respiratorisk funksjon hos operasjonspasienten, opprettholdelse av en adekvat blodsirkulasjon, at ingen nerver skal utsettes for kompresjon, operasjonspasientens vekt skal fordeles jevnt, man skal sikre en

optimal kirurgisk tilgang uten å overskride kroppens fysiologiske og anatomiske grenser, sikre en uhindret administrasjon av anestesi, minimere faren for postoperative plager samt å anerkjenne og ta hensyn til operasjonspasientens behov og egenskaper (Heizenroth, 2011). Enten dokumentasjonen er elektronisk eller papirbasert, er det viktig at dokumentasjonen er lett å forstå og orientere seg i. Pasienten vil kunne få behov for ulike former for oppfølging postoperativt, og en handlingsplan som er journalført og som inneholder målrettede sykepleietiltak, vil bidra til kontinuitet og kvalitet i sykepleien til pasienten (Moen et al, 2008).

Informantene i fokusgruppe 2 diskuterer dokumentasjon av leiring. Det virker å råde noe ulik praksis i forhold til å dokumentere leiring:

2A: Og så står det her-“ inngrepsrelatert leie ifølge standard.” Og det er det veldig mange som krysser av på og da tenker jeg på, hva sier det ute på resten av huset? Det forteller dem ikke en--- nei- og hvis de da på en måte skal observere i forhold til leiringskomplikasjoner- så blir det som å leite etter en nål i en høystakk.

2C: Vi burde egentlig ha skrevet på no mer, noen tror jeg gjør det altså-

2A: mm

2C: skriver under-

2A: ja-

2C: inngrepsrelatert hvordan han har liggi liksom-

2A: ja, men da blir det sånn at det blir litt sånn individuelt- at det blir litt sånn tilfeldig for at noen gjør og andre gjør ikke-

Operasjonssykepleieren må planlegge tiltak som beskytter operasjonspasienten fra skader og som tilrettelegger for at fysiologiske behov opprettholdes, men også leire operasjonspasienten på en måte som gjør at kirurgen får en så god tilgang til operasjonsfeltet som mulig (Heizenroth, 2011, s. 146). Det setter krav om at det valgte tiltaket, skal dokumenteres klart og entydig i operasjonspasientens journal. Koordinerende operasjonssykepleier bør dokumentere blant annet hudstatus preoperativt for å ivareta operasjonspasientens rettigheter, men også for å oppfylle de juridiske kravene til dokumentasjon av utført helsehjelp (Chitlick, 2011, s. 39).

Dokumentasjonen skal bidra til at de som overtar ansvaret for operasjonspasienten postoperativt, lett kan forstå hva som er blitt gjort ved å lese seg til det i pasientjournalen. I dialogen over fra fokusgruppe 2, ser vi at informantene selv reflekterer over at dette kanskje ikke alltid gjøres i like stor grad.

I forhold til å dokumentere operasjonssykepleie i pasientjournalen, forstår jeg at operasjonssykepleieren ikke dokumenterer en sentral arbeidsoppgave som leiring, i den grad faggruppen har som intensjon i sin funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2008). Hvordan fokus for sykepleie kan og skal formuleres, vil få større betydning fremover (Moen et al, 2008). Sykepleien som fag har ikke alltid vært klar nok når det gjelder å formulere hva som er faglig standard, og dette kan det være et snev av historiske årsaker til. At sykepleierens arbeid har vært betraktet som noe «gå-til-hånd» for legene. Huffmann (1990) beskriver at sykepleierens notater til tider har vært noe av det første som ble destruert og gjemt vekk i et arkiv separert fra selve pasientjournalen (Bowker & Star, 1999).

Tradisjonelt har sykepleiernes dokumentasjon ikke hatt samme rettslige status som legenes. Gradvis har dette endret seg, noe som gjenspeiles i Lov om helsepersonell kapittel 8, samt i Forskrift om pasientjournal. I loven og forskriften har nå alt helsepersonell lik dokumentasjonsplikt (Molven, 2006, s. 169).

Operasjonssykepleieren må i fremtiden ta inn over seg at de har et ansvar for å dokumentere i pasientjournalen også i de tilfeller man har leiret en operasjonspasient, og sikret at operasjonspasienten minsker risikoen for å utvikle leiringsskader som trykk- eller nerveskader. Særlig er operasjonspasienten i risikozonen for dette i tilfeller der det kirurgiske inngrepet vil pågå i to timer eller mer (Heizenroth, 2011). Strategier for å minske frekvensen av leiringsskader bør inkludere midler til opplæring av sykepleiere som jobber med perioperativ sykepleie (Warner, 1998, s. 574).

Informantene diskuterte seg imellom og det virket å være uenighet om hvordan man i praksis skal dokumentere leiringen, så noe av dialogen kom samtidig til å dreie seg noe om standardisering. Det virket som at det var noe ulik praksis også blant de ulike operasjonssykepleierne hva gjelder måten man dokumenterte på. Dette til tross for at man har rubrikker på skjemaet, der man skal fylle ut informasjon om operasjonspasienten. Det virket som at det var noe uenighet om hvilken type informasjon man skal fylle ut hvor.

Jeg oppfattet at operasjonssykepleierne ikke hadde sett en utførlig beskrivelse av leiringen i dette tilfellet. I praksis er det operasjonssykepleieren som leirer operasjonspasienten preoperativt, så man kan si det er å oppfatte som selvstendig helsehjelp. Dermed er det også å anse som operasjonssykepleiers ansvar å dokumentere leiringen i pasientjournalen (Lov om helsepersonell).

4.2.2 Dokumentasjon av sterilitet og infeksjonsforebygging

Infeksjonsrisiko, definert av Carpenito-Moyet (2008) som: “Risk for Infection: State in which a person is at risk to be invaded by an opportunistic or pathogenic agent (virus, fungus, bacteria, protozoa, or other parasite) from endogenous or exogenous sources” (Carpenito-Moyet, 2008, s. 342). Risikoen for infeksjon kan blant annet henge sammen med kirurgi (ibid.). I dialogen under, ser vi at informantene har sine tvil om i hvor stor grad dokumentasjonen av operasjonssykepleie er synlig i dagens pasientjournal. Ordvekslingen mellom informantene i fokusgruppe 2, tyder også på at de er usikre på om andre faggrupper innen sykepleiefaget i det hele tatt leser rapporten fra operasjonssykepleierne:

2B: men det synliggjør hvem som på en måte har, hvem som har vært den som er sterilt utøvende- og hvem som har vært- altså det ansvarliggjør jo til en viss grad da- liksom de som har hatt pasienten har vært i kontakt med- det kan du si. Men-

2A: og den ansvarliggjør i forhold til at man følger prosedyrer som å- at man teller instrumenter, at man teller kompresser og tupfere- og.

2C: Men det står jo ikke noe om for eksempel, vi får jo ikke dokumentert om noe har blitt usterilt underveis og sånne ting da tenkte jeg på.-

2B: Nei, det gjør det jo ikke-

2C: jeg tenker jo på sånn i forhold til seinere- hvis pasienten skulle få en stor infeksjon- så ville i hvert fall jeg lure på hvem det var som sto på den operasjonen eller hvem som opererte da ikke minst-

Rapporten *Bak lukkede dører* (Spjelkevik et al, 2004) viste at operasjonssykepleierne kun delvis dokumenterer gitt helsehjelp til operasjonspasienten. Best dokumentert blir innhenting av preoperativ informasjon, vurdering av enkelte risikofaktorer og

komplikasjoner som trykkskader, nerveskader, leiring, kontroll av sterilt engangsutstyr og handlinger knyttet til pasientens sirkulasjon og eliminasjon. Operasjonssykepleierne dokumenterer minst i forhold til blant annet instrumentering, forflytning og infeksjonsforebygging. De fleste aktiviteter innenfor disse kategoriene blir utført av alle respondenter, men kun 10 % oppgir at de dokumenterer dette i pasientjournalen. Svarene i spørreundersøkelsen underbygger det som ble observert og uttalt av respondenter i feltarbeidet. Det er interessant å merke seg at det som synes å være operasjonssykepleiernes hovedaktiviteter, som infeksjonsforebygging, i minst grad oppgis å bli dokumentert (Spjelkevik et al, 2004; Junttila et al, 2010). Funnene til Spjelkevik og Junttila samsvarer med mitt funn.

Det virker som at det gjenstår noe arbeid i forhold til å reflektere over egen dokumentasjonspraksis (NSFLOS, 2008). Noe som samtidig gjør at det gjenstår noe arbeid med å få til en større grad av standardisering av operasjonssykepleiernes dokumentasjon.

I rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie fra 2005, fremstår ikke temaet dokumentasjon som et sentralt tema. Muligens er dette noe av årsaken til at faggruppen selv ikke i større grad er premissleverandører i diskusjonen om hvordan operasjonssykepleie kan synliggjøres i pasientjournalen. Det behandles under Delemne 3A *Organisere, koordinere og utøve sykepleie til operasjonspasienten*. Sentrale emner der er blant annet 8. punkt *Dokumentasjon og rapportering* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 13). Muligens kan faggruppen forsøke å få inn mer om dokumentasjonsverktøy eller standardisering i sin rammeplan for videreutdanning.

Diskusjonen i fokusgruppen fortsetter under, og man kan ane en uenighet om hvordan dokumentasjon av sterilitet skal utføres. Informantene i fokusgruppe 2 sier at:

2B: det står jo punkter på det skjemaet som- ja som bidrar til det perioperative forløpet da-

2C: ja tenker jo- vi har jo de derre batchlappene da som vi setter bak på skjemaet som, så hvis det kan regnes som-

2B: ja-

2C: -dokumentasjon så-

2B: instrumentene er jo sporbare og det-

2C: ja-

2B: så du har jo- det er utkomstfaktorer på en måte det. Så-

2C: men det kan jo være andre ting da som blir usterilt, ikke sant hvis det holdt på å si-dekkinga glipper- eller altså- et eller annet.

En av informantene i fokusgruppeintervju 2 kommenterte at det ikke var plass til å dokumentere for eksempel at limet på sterilt dekkemateriale ikke var bra nok og limkantene løsnet, slik at dette ville føre til økt risiko for infeksjon. God kjennskap til dekking og dekkematerialer og opplæring i bruken av slike materialer er viktig (Nicolette, 2011).

Det virket å være uklart hvor i pasientjournalen operasjonssykepleieren skulle dokumentere, dersom et kirurgisk instrument skulle bli usterilt peroperativt. Operasjonssykepleieren bør ha kunnskap om korrekt sterilisering, som hører inn under denne tematikken. I litteraturen er anbefalte steriliseringsprosesser nevnt hos blant andre Nicolette (2011) og Goss (2012). At operasjonssykepleier har kjennskap til arbeidet som gjøres på sterilavdelingen er også anbefalt (Bloch-Helmers, 2013). Økende utfordringer med infeksjoner og flere operative inngrep, gjør kunnskapen om sterilisering til et viktig område å fokusere på for blant andre operasjonssykepleieren (Hofstad, 2013). Et nært samarbeid med sykehushygieniker kan samtidig være en fordel, da en kan arbeide systematisk for å redusere antall kirurgirelaterte infeksjoner (Lassiter, 2011). Dog handler infeksjonsforebygging samtidig om håndhygiene, og Johnson, Kaehler, Siska, Lecy & O'Neil (2011) anbefaler at en avdeling utarbeider klare og enkle mål for hvordan holde risikoen for infeksjoner lav. Et av tiltakene er en gjennomtenkt plassering av hånd-desinfeksjonsmidler, slik at desinfeksjonsmidlene er enkelt tilgjengelig (Johnson et al, 2011).

I diskusjonen over, berørte informantene et tema som Spjelkevik et al, (2004) var inne på. Det ser ut til at dokumentasjon av infeksjonsforebyggende tiltak, er et felt innen dokumentasjon av selvstendig helsehjelp som operasjonssykepleiere som faggruppe kan bli bedre på, for bedre å overholde pålagte lover og forskrifter om dokumentasjon (Lov om helsepersonell, 1999; Forskrift om pasientjournal, 2000). For å redusere faren for

infeksjon er et tiltak som bruk av doble operasjonshansker nevnt i litteraturen. Cicconi, Claypool & Stevens (2010) fant at innføringen av bruk av doble operasjonshansker reduserte risikoen for intraoperativ infeksjon, som skyldes stikkskade fra skarpe gjenstander fra totalt 26 tilfeller i 2006, til 11 registrerte tilfeller i 2007-08 (Cicconi et al., 2010, s. 526). Pratt et al. (2007) var blant de som har funnet en sammenheng mellom dårlig håndhygiene og infeksjonsrisiko som følge av kirurgi (Pirie, 2010, s. 169). Tanner & Parkinson (2007) og AORN (2008) viser også til en reduksjon av hanskeperforasjon og dermed infeksjonsreduksjon grunnet bruken av doble operasjonshansker (Pirie, 2010, s. 208).

4.2.3 Dokumentasjon av operasjonssykepleie utenfor operasjonsavdelingen

I forkant av fokusgruppeintervjuene var det ikke min intensjon at dokumentasjon av operasjonssykepleie utenfor operasjonsavdelingen skulle være et eget tema. Informantene i fokusgruppeintervju 2 kom inn på temaet ved en tilfældighet. Temaet er spennende og reiser viktige spørsmål om faggruppens dokumentasjonspraksis på operasjonssykepleie som utføres når den aktuelle operasjonssykepleieren ikke er inne på selve operasjonsavdelingen.

Informant 2B kommenterer i fokusgruppeintervju 2 at man i situasjoner utenfor operasjonsavdelingen ikke dokumenterer utført operasjonssykepleie. Jeg stilte informantene et oppfølgingsspørsmål som lød; *er type inngrep en faktor for at man ikke får dokumentert operasjonssykepleie?*

Informantene i fokusgruppe 2 svarte:

2D: Ja. Det blir tilfeldig.

2B: Det er litt forskjell på- hvis du er- her inne på operasjonsstua- og hvis du går ut- hvis du går bort på intensiv eller PO eller mottak og skal gjøre noe sånn eksternt- så er det- da bruker jeg, da jukser jeg litt sånn at, da bruker jeg egentlig aldri dokumentasjonsskjema altså- Det er kanskje ikke helt riktig, men- det er veldig sjelden jeg gjør det- for vi har jo en del aktivitet som foregår utafor operasjonsstua- og

2D:- ja det tror jeg folk glemmer altså.

2B: og da, da- blir nok ikke det dokumentert på samme måten altså- sånn, men det har jo også- du har traumejournaler- du har litt sånn- ja andre ting som man kan skrive på men det blir nok, det blir nok juksa litt, ja. Det blir nok ikke gjort på helt den samme gode måten som det ville bli gjort her inne, nei. Det gjør det ikke.

Informant 2B reflekterer i svaret sitt på om det er uheldig at det ikke er noe særlig praksis for å dokumentere denne delen av operasjonssykepleie. Min masteroppgave ser primært på dokumentasjon av operasjonssykepleie *inne* på operasjonsavdelingen, men jeg synes dette var et interessant tema som ble tatt opp tilfeldig i fokusgruppen, og som mine kolleger i operasjonsavdelingen kan se mer på i fremtiden.

4.3 Standardisering

I lys av dialogen under, dreier tematikken seg om leiring av operasjonspasienten, men på et vis, dreier det seg samtidig om standardisering. Og om i hvilken grad utførte prosedyrer dokumenteres i pasientjournalen.

Som informantene i fokusgruppeintervju 2 sier:

2D: Det står jo ingenting om beinholderne er lave eller høye- om de er veldig vinkla eller- det står ingenting- inngrepsrelatert leie- det er

2E: Det er jo ikke så ofte vi krysser av på den da-

2D: nei da men-

2E: hvis vi ikke men ja vi skriver jo kanskje fundo-leie men det er jo ikke noe bedre det da, men

2D: men det er jo forskjell på ryggleie og litotomileie-

2B: jeg tror at det er- liksom at den operasjonssykepleiedokumentasjonen er en del av- det er jo mange andre som dokumenterer og på en måte, sånn at hvis du har alle tre- både kirurgens diktering, og operasjonssykepleieren sin og så har du anestesien sin, så får du ganske godt bilde av, men man kan nok ikke, man kan nok ikke bare bruke den ene, for å få noe ut av det-det tror jeg ikke, men det blir jo et puslespill og mange som i etterkant-

2A: Jeg har aldri sett en kirurg som skriver noe om leie. Står det det?

Informant 2A kommer med et utsagn avslutningsvis som dreide seg om at hun ikke har observert at kirurgen har dokumentert typen leiring i pasientjournalen. En annen informant, 2B hevder at det er blitt sett diktet i pasientjournal. Samtidig kommer informant 2B inn på at det er nødvendig å ha alle tre faggruppers dokumentasjon, for å få et bedre totalbilde av det som har skjedd på operasjonsstua. Det er fremdeles noe uklarhet i hvem som har et klart ansvar for å dokumentere et konkret element som leiring i pasientjournalen. I sin videreutdanning er leiring av operasjonspasienten en sentral del av utdanningen (NSFLOS, 2008). Informantene ovenfor snakker seg imellom om at de ikke har sett kirurgen dokumentere hvilket leie operasjonspasienten ligger i peroperativt. Og at dokumentasjon av leiring er noe de selv anser å være operasjonssykepleiers ansvarsområde.

Av dialogen over, kan det oppfattes at operasjonssykepleieren ikke alltid dokumenterer like standardisert i pasientjournalen. Fokusgruppen der denne dialogen fant sted, dokumenterer riktignok på papir. Men til tross for nåværende papirdokumentasjon, virker det som at man i større grad enn i dag kan reflektere over hvordan leiringen dokumenteres.

Helsehjelp skal dokumenteres i et språk som alt helsepersonell som skal benytte opplysningene, kan forstå, jmf. Lov om helsepersonell § 40. Studier som Doyle (2006) har vist at et standardisert vokabular som eksempelvis PNDs gjør at klinikere kan utarbeide pleieplaner og dokumentere sykepleie mer standardisert. Sykepleiedefinisjoner blir systematisert og gjør at sykepleiere på alle avdelinger hjelpes til å dokumentere pasientenes sykepleieproblemer på samme måte på alle klinikker. Dette gjør det også lettere å foreta analyser av effekten av tiltakene som er iverksatt eksempelvis i forhold til hudstatus postoperativt (Doyle, 2006). Også i forhold til leiringsskader, er observasjon av hudstatus viktig. Det er samtidig viktig at dokumentasjon av observasjonene gjøres systematisk, slik at eventuelle avvik kan beskrives ut fra en standard som faggruppen har blitt enig om. vonKrogh, Dale & Nåden (2005) fant at en dokumentasjon gjort innen rammeverket til NANDA, NIC og NOC bidro til å heve kvaliteten på sykepleierens dokumentasjon, samtidig som den bidro til at den enkelte sykepleier opplevde mindre jobbrelatert stress (vonKrogh et al, 2005).

Dokumentasjon av sykepleie er det skriftlige uttrykket for sykepleieres arbeid. Sykepleieres journalføring er ofte organisert etter sykepleieprosessens struktur. Tradisjonelt har sykepleiere hatt en tradisjon for å dokumentere problemløsende aspekter ved helsehjelpen de planlegger og utøver. Det har ikke vært tilfellet i samme grad når det gjelder å journalføre mellommenneskelige aspekter (Moen et al, 2008). Operasjonssykepleieren handler i sitt arbeid i flere situasjoner på vegne av operasjonspasienten, og arbeider i forhold til det helt kompensierende sykepleiesystemet, som Orem (1995) har beskrevet. Eksempelvis i situasjoner der sykepleier skal ivareta pasientens egenomsorg. Orem (1995) nevner åtte punkter der sykepleier ivaretar egenomsorgen til pasienten, og der punkt sju «The prevention of hazards to human life, human functioning, and human well-being» (Orem, 1995, s. 191).

Pasientens lovfestede rett til medvirkning og informasjon gjør også at man må se på hvordan pasientens opplevelse av sin egen situasjon burde integreres i sykepleierens journalføring (Moen et al, 2008). Kritikken reiser spørsmål om hva sykepleiere skal dokumentere. Dersom sykepleieprosessen ikke kan benyttes, er det et uavklart spørsmål om hvilke arbeidsmetoder som kan bidra til en hensiktsmessig systematisering og dokumentasjon av sykepleieres helsehjelp. Kort oppsummert kan man si at kompleksiteten i sykepleieres vurderinger og handlinger skal reflekteres i journalføringen, og at arbeidsmetodene må bidra til systematisering og strukturering av sykepleierens vurderinger, planlegging, handlinger eller utøvelse av og dokumentasjon av sykepleie (Moen et al, 2008).

Informanten fra fokusgruppe 1 sier med egne ord at hun har tenkt på mangelfull standardisering av dokumentert operasjonssykepleie:

1E: ja- jeg sitter igjen nå med en følelse av at det er like mange måter å føre dette skjemaet på som det er mennesker i operasjonsavdelingen- så hvor er da- hvem har svikta da- er det vi som – er det ledelsen som ikke har vært presise nok- på hvordan det skal brukes?

Av sitatet forstår jeg det som at informant 1 E kommer til at det er manglende standardisering når det gjelder å dokumentere utført operasjonssykepleie i pasientjournal. Det er et interessant funn at utsagnet kom i fokusgruppen som dokumenterer ved hjelp av et elektronisk dokumentasjonsverktøy. Grunnen til at dette utsagnet var noe

overraskende, var at det i Fokusgruppe 1 sitt dokumentasjonsverktøy inneholdt standardiserte formuleringer som i grunnen burde *redusere* muligheten for at man dokumenterer på flere ulike måter. I forkant hadde jeg en antakelse om at det var mulig at et slikt utsagn ville kunne komme frem i gruppen som dokumenterer på papir. I alle fall et utsagn som synliggjør at det tilsynelatende er en vei å gå hva gjelder standardisering av språket i operasjonssykepleierens rapporter. Samtidig tolker jeg det som at informant 1E lurer på om årsaken til at mangelfull standardisering av dokumentasjon, kan ligge hos operasjonssykepleierne selv. Samtlige informanter i fokusgruppe 1 hadde erfaring med papirbasert dokumentasjon av operasjonssykepleie fra tidligere.

I fokusgruppe 1 ble det observert at på tross av gjennomført opplæring i faggruppen og tilgjengelige prosedyrer som skal sikre at samtlige operasjonssykepleiere utfører en standardisert dokumentasjon av operasjonssykepleie, viste det seg at dokumentasjonen ikke gjøres standardisert.

Innen forskning og fagutvikling, gjør et standardisert sykepleiespråk at forskere lettere kan gå inn og analysere effekten av tiltak. PNDs og andre klassifikasjonssystemer muliggjør utarbeidelse av klart definerte, observerbare og målbare tiltak (Doyle, 2006). Det er et mål at ingen operasjonspasienter skal utsettes for å bli skadet av medisinsk-teknisk utstyr. Om data viser at skader skjer, så vil neste steg bli å utforske skadenes årsak. Dersom mål og tiltak er dokumentert på samme nøyaktige måte, så kan man finne data som forklarer hvorfor skader oppstår hos operasjonspasientene (Doyle, 2006). Bigony (2010) støtter opp om argumentasjonen for et standardisert språk innen dokumentasjon av pasientopplysninger. Mangel på felles definisjoner, kan føre til misforståelser og igjen en potensiell fare for at skader kan oppstå under behandling. Dersom alle snakker samme språk, blir kommunikasjonen mellom de ulike instansene mer effektiv. Et standardisert språk sikrer en presis kommunikasjon og klarhet. Herdman (2009) hevder at denne klarheten forbedrer pasientsikkerheten (Bigony, 2010, s. 17).

En utfordring når det gjelder denne faggruppens dokumentasjon, er at operasjonssykepleiere arbeider på flere ulike områder innen spesialisthelsetjenesten, med forskjellige kirurgiske behandlinger. Operasjonssykepleierne møter operasjonspasienter som skal gjennom undersøkelser som er av ulik grad av kompleksitet. Alt fra små kirurgiske inngrep av kort varighet i lokalbedøvelse, til høyteknologiske kirurgiske

inngrep i generell anestesi av lang varighet. Av denne grunn er pasientgruppene ulike i forhold til å lage fagspesifikke elektroniske maler.

Diskusjonen kan være om man skal utarbeide en mal som dekker alle pasientgrupper i en større operasjonsavdeling og med ulike spesialiteter til stede. Eller om man heller skal lage ulike maler etter type inngrep, kirurgisk spesialitet eller pasientgruppe. Sannsynligvis må man i et gitt tilfelle legge til fritekstfelter ved de fleste punktene i en slik mal. Dette er for å dekke opp det som måtte komme i tillegg til det malene er tenkt å dekke av utført selvstendig helsehjelp. Operasjonspasientene er unike, og de vil ikke reagere likt etter en standardisert mal. I tillegg vil det være en utfordring å få de ulike malene og dokumentasjonen i fritekst for operasjonssykepleie til å henge logisk og enkelt sammen med øvrig sykepleiedokumentasjon. På dette området er operasjonssykepleierne nødt til å arbeide tett sammen med de andre leddene i sykepleietjenesten. Dette for at man skal kunne komme til en enighet om en sikker måte å gjøre dette på, slik at dokumentasjonen er i henhold til sykepleiefaglig standard, i forhold til operasjonspasientens behov for god pleie. Kontinuitet som ledd i et kvalitetssikringsarbeid er sentralt (NSFLOS, 2009).

Et funn viser at faggruppen operasjonssykepleiere ikke dokumenterer så standardisert som intensjonen har vært. I den grunnleggende diskusjonen om klassifikasjonssystemer skal brukes, og i diskusjoner rundt bruken av det enkelte klassifikasjonssystem, finnes det ulike forhold som må klargjøres.

Ruland (2000) nevner at:

For å kunne innarbeide klassifikasjonssystemer for sykepleie i en elektronisk pasientjournal, og for at disse skal være nyttige til dokumentasjonen av helsehjelp, må de fylle visse kriterier. Klassifikasjonssystemer må være fullstendige, tillate at et fenomen kan uttrykkes med flere synonyme begreper, være tilstrekkelig detaljerte, og være kortfattede. Videre skal de ikke inneholde overflødige og tvetydige begreper, begrepene skal kunne nyanseres, og det må finnes regler som bestemmer hvordan begrepene kan settes sammen (NSF, 2007, s. 26).

Uansett hvilket system eller modell man jobber etter, skal ikke operasjonssykepleieren miste fokus på den unike operasjonspasienten. En kan i dag ta i bruk standardiserte tekster, uttrykk og koder når vi skal dokumentere operasjonssykepleien som gis til operasjonspasienten. Dog bør det finnes plass for fritekstfelter, der man kan dokumentere

supplerende informasjon, når operasjonspasienten ikke faller inn i en eller flere av de faste klassifiseringene i ett system (NSF, 2007).

Bowker & Star beskriver tre hovedutfordringer når det gjelder å ta i bruk klassifiseringer generelt. Den første er om klassifikasjonssystemet gir mulighet for å sammenlikne. Og om de enhetene som sammenliknes faktisk er *sammenlignbare*. Det gir liten mening i å telle opp antall injeksjoner på verdensbasis dersom «injeksjon» kan bety både medikament gitt som suppositorie og som en intravenøs injeksjon (Bowker & Star, 1999). Den andre er hva systemet kan bidra med i forhold til å synliggjøre arbeidsoppgaver som i det daglige muligens ikke er så synlige, som flere av de ulike gjøremålene en sykepleier utfører. Den tredje er i hvilken grad klassifikasjonssystemet kan tilby kontroll. I flere sektorer, helsesektoren inkludert, er det mye kompleksitet i arbeidsoppgavene som utføres (Bowker & Star, 1999). Enhver beskrivelse en bruker av et klassifikasjonssystem skal gjøre, innebærer at brukeren selv, innenfor rammene og mulighetene til klassifikasjonssystemet, må foreta selvstendige formuleringer (Bowker & Star, 1999). Eksempelvis kan dette være notater i fritekst som kommer i tillegg til det preformulerte i klassifikasjonssystemet. Klassifikasjonssystemet må kunne møte brukernes krav om brukervennlighet og krav om at man skal kunne benytte systemet til å dekke de behov for dokumentasjon som de ulike faggruppene måtte ha. Det synes å være slik at det er en tendens til at operasjonssykepleierne dokumenterer i fritekst i nokså stor grad. Informantene oppgir at de dokumenterer på forskjellige måter. Informantene oppgir at det kan ta tid å få dokumentert tilfredsstillende i den veiledende pleieplanen som er tilgjengelig i dokumentasjonsverktøyet. På tross av at det i teorien er slik at elektronisk dokumentasjon er tidsbesparende, så er det et funn hos mine informanter at de derimot *ikke* har tid til å fylle inn sine observasjoner eller sine tiltak i den veiledende pleieplanen.

Junttila et al (2010) påpekte at det i dokumentasjonen av den intraoperative fasen (peroperativ), så man tegn på at operasjonssykepleieren ikke er konsekvent nok i sin dokumentasjon av utført helsehjelp. Junttila et al (2010) refererer til følgende tre studier i sin artikkel *The Use of Nursing Diagnoses in Perioperative Documentation* (2010). Carpenito-Moyet (2005) skriver at sykepleiediagnosen *infeksjonsrisiko* kun er dokumentert hos 51 % av de gjennomgåtte pasientjournalene. Man går percutant (bryter hudbarrieren) eller transurethralt (gjennom urinveiene), og man antar at flere operasjonspasienter da har en risiko for en perioperativ infeksjon. Yom et al (2002)

beskrev infeksjonsrisiko som den *nest* mest dokumenterte diagnosen i pasientjournalen ved mage-tarm-operasjoner. Rivera & Paris (2002) fant i sine arbeider ut at risiko for infeksjon var den *tredje* mest vanlige sykepleiediagnosen å dokumentere (Junttila et al, 2010, s. 64). Dette kan i noen grad innebære at man undervurderer sin egen rolle i å dokumentere utført helsehjelp. Et av mine spørsmål til informantene gikk på bevissthetsgraden rundt ens egen rolle som yrkesutøver i å dokumentere helsehjelp.

Kleinbeck & Mckennett henviser til *Best Practices of Surgical Site Infection* (1998); første tegn på en sårinfeksjon kan komme så sent som tre til fem dager postoperativt. Studier har vist at mellom 20-60 % av kirurgiske sårinfeksjoner ikke diagnostiseres før pasienten er skrevet ut fra sykehuset. Av denne grunn, gir det ikke umiddelbart mening å dokumentere i journalen at såret og bandasjen er tørre (Kleinbeck & Mckennett, 2000, s. 846). Dette illustrerer hvorfor elementet med å dokumentere *risiko* for infeksjon er viktig.

Det er viktig at operasjonssykepleieren er seg bevisst hvordan de ulike sykepleiediagnosene brukes i dokumentasjonsarbeidet. Operasjonspasienten er i tillegg utsatt for andre typer risikoer peroperativt. Carpenito-Moyet (2005) beskriver at sykepleiediagnosen *risiko for skade* kun var dokumentert i 34 % av pasientjournalene. Denne diagnosen relaterer seg til operasjonssykepleieren som skal telle over at alle kompresser, instrumenter, nåler etc. er ute av operasjonspasienten før operasjonen avsluttes. Eller at operasjonspasienten ikke utsettes for fare fra medisinsk-teknisk utstyr. Carpenito-Moyet (2005) nevner videre at operasjonssykepleieren ikke skal dekke alle tenkelige og utenkelige elementer i sin dokumentasjon. Likevel er de juridiske føringene såpass sterke, og behovet for å dokumentere hva operasjonssykepleieren utfører av selvstendig arbeid er tilstede. Det er nødvendig å ha en detaljert plan for dokumentasjon (Junttila et al, 2010).

Kleinbeck & Dopp beskriver at kommunikasjonen helsearbeidere imellom blir klarere og mer presis og konsis når helsearbeidere benytter seg av standardiserte termer (Kleinbeck & Dopp, 2005).

En feilkilde i dokumentasjonsprosessen, vil kunne komme i de tilfellene papirdokumentasjon skal scannes inn postoperativt. I et slikt tilfelle vil det være en fare for at viktig informasjon om operasjonspasienten går tapt, dersom ikke *begge* sidene av det håndskrevne arket blir scannet inn.

4.4 Tidsbruk

I dette delkapitlet har jeg også med undertemaene *ergonomi* og *EPJ-verktøyet*, som hver på sitt vis har noe innvirkning på graden av tid som går med til å dokumentere operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver. Disse presenteres nedenfor.

På skjemaet for kartlegging av demografiske opplysninger som ble delt ut blant informantene i Fokusgruppe 1, kommenterte hele tre av fem- 60 % av informantene på feltet på supplerende opplysninger. Informantene påpekte at det nåværende elektroniske dokumentasjonsverktøyet i noen grad er for tidkrevende å bruke. Av disse igjen, kommenterte to personer at det særlig i forbindelse med kortvarige operasjoner, var en utfordring å få dokumentert utført operasjonssykepleie tilfredsstillende. Tidsbruk var for øvrig et tema som gikk igjen i begge gruppene. Også gruppen som dokumenterte på papir, savnet mer tid til å dokumentere utført operasjonssykepleie.

Informantene i fokusgruppeintervju 1 sier:

M: Hvordan ser dere på dokumentasjonen av operasjonssykepleien på avdelingen?

IA: Det var veldig vanskelig til å begynne med- men jeg tror de aller fleste nå har vent seg til det og synes det er greit, men det er noen som velger- særlig på vakter å bruke papir- papirdokumentasjon.

M: Hva kan det komme av tror du?

IA: Uvilje mot å bruke elektronisk-

IB: Det er vel noen som ikke har lært seg det i det hele tatt....

IA: Men da er det jo uvilje mot å lære seg det. Og det hender jo at dataen er nede, og da er det jo, da kan man ikke fly fram og tilbake til anestesen og bruke den datamaskinen for de er jo avhengige av å kunne bruke sine ting. . så da bruker jeg også grønt papir. Det gjør jeg.

IC: Da har du jo en årsak til å gjøre det...

IA: jo for da er det jo så upraktisk at da tar det så mye tid fra jobben min og det hemmer også anestesen så det, så det blir bare tull.

Av tekstutdraget over forstår jeg at informantene opplever at den elektroniske dokumentasjonen av og til er vanskelig å bruke, og det kan være ulike årsaker til det. Det kan dreie seg om funksjonssvikt i dokumentasjonssystemet av ulike årsaker.

I dialogen over snakker informantene om uvilje mot å bruke elektronisk dokumentasjon på grunn av at bruken av dokumentasjonsverktøyet oppleves som vanskelig å bruke. Årsaker de peker på inkluderer tidspress eller at det er mangel på en tilgjengelig PC. Den siste årsaken kan være at det kan oppleves som tungvint å dele på PC med anestesisykepleier, da anestesisykepleierne kan ha bruk for PC selv, dersom operasjonssykepleiers PC er ute av drift. Av mine informanter forstod jeg det som at informantene har opplevd at en datamaskin de skal benytte, ikke fungerer av ulike årsaker. Svaret fra informantene går i begynnelsen av utsagnet på at det er *uvilje* mot å lære seg å benytte det nye dokumentasjonsverktøyet. Informant 1A korrigerer seg selv noe og kommer inn på temaet *tid*, som utover i dette fokusgruppeintervjuet blir tatt opp flere ganger. Laramee, Bosek, Kasprisin & Power- Phoneuf (2011) er blant de som har skrevet om sykepleiers holdninger til bruken av EPJ og som peker på at en vellykket implementering av elektronisk dokumentasjonsverktøy, blant annet avhenger av sykepleiers holdninger (Laramee et al, 2011) men også av sykepleiers lærebehov (ibid.).

Det interessante ved sitatet over, er at en informant sier direkte at noen kan ha en uvilje mot å lære seg å bruke verktøyet. Riktignok er det for få data som støtter meg til å kunne fastslå dette sikkert. I ettertid ser jeg at jeg burde ha oppmuntret informantene i denne gruppen til å utdype mer. Det kan være at det usagte i informantens sitat er at lite tid til å dokumentere, bidrar til at operasjonssykepleieren uttrykker uvilje mot å bruke det elektroniske dokumentasjonsverktøyet i sin nåværende form.

Banner & Olney (2009) så i sin litteraturgjennomgang at i flertallet av undersøkelsene de gikk gjennom, var elektronisk dokumentasjon av helsehjelp med på å spare tid for helsearbeiderne (Banner & Olney, 2009). Elektronisk dokumentasjon kan være tidsbesparende og kan frigjøre mer tid til pasienten. Elektronisk dokumentasjon har fordeler som nøyaktighet, helhet og tydelighet (Barr, 2002). Banner & Olney (2009) mener at en slik dokumentasjonsform gjør at sykepleieren får frigjort mer tid til direkte pasientpleie (Banner & Olney, 2009). Banner & Olney så en tendens i sin litteraturgjennomgang til at elektronisk dokumentasjon ga en bedring hva gjelder effektiv utnyttelse av tiden sammen med pasient. Studier som Bosman et al (2003) og Wong

(2003) så en nedgang i tidsbruk på rundt 30 % etter innføring av elektronisk dokumentasjon. Andre studier som Menke (2001) så en svak endring som bedre utnyttelse av tiden i elektronisk dokumentasjon (Banner & Olney, 2009, s. 81).

Studiene som ble gjennomgått, viser at tidsbruk er avhengig blant annet av typen enhet datainnsamlingen gjøres i, typen informasjon som blir dokumentert, hvilken type dataterminal som brukes (om den står ved pasientsengen eller på vaktrommet). Avdelingen som Banner & Olney har hentet data fra, var også i endring i tiden undersøkelsen deres pågikk, noe som kan ha influert på resultatene de fikk. De hadde en turn over på 43 %. Blant andre ting så de en endring i andelen deltakere som var fortrolig med å bruke data som verktøy, dels var også alderssammensetningen i undersøkelsen endret fra første til andre måling (Banner & Olney, 2009).

Det er verdt å huske på at det er noen år siden disse undersøkelsene nå ble gjennomført, og at siden den gang har det vært en utvikling i datateknologi og utvikling av både klassifikasjonssystemer og dokumentasjonsprogrammer. Dataprogrammene fra denne tiden hadde en mer begrenset teknologi og krevde at brukeren la inn mer informasjon som fritekst enn dagens programmer, noe som ga seg utslag på tidsbruk (Banner & Olney, 2009). Videre er det noe å tenke på at det i fremtidens sykepleie, blir mer forventet av den enkelte sykepleier å utøve en sykepleie som er evidensbasert og som tar utgangspunkt i den seneste forskningslitteraturen. Det er nødvendig at sykepleieren har tilstrekkelig med datakunnskaper for å kunne manøvrere seg i databaser som tilbyr grundig med bakgrunnsinformasjon som ledd i beslutningsprosessen (ibid.). Jutel (2008) kaller dette redskaper for praksis (Undhjem, Smestad & Ruud, 2008, s. 54).

Hva gjelder implementeringsprosessen av elektronisk dokumentasjon, beskrev Blumenthal (2006) at dersom implementeringsprosessen ikke oppleves som god for brukerne av dokumentasjonsprogrammet, kan konsekvensen bli færre sykepleiere ved pasientsengen. En årsak til dette kan være at sykepleieren sitter og bruker uforholdsmessig mye tid på å dokumentere på PC. Dessuten kan tiden man bruker til å dokumentere elektronisk øke (DesRoches, 2008). Som vi var inne på tidligere i oppgaven, om teknologi i sykepleien, så er temaet om datamaskinens påvirkning på sykepleierens arbeid et tema i utvikling (Banner & Olney, 2009). Det var en viss spredning i alder hos mine informanter. Som Banner & Olney (2009) påpekte tidligere

kan dette ha influert på det mine informanter fortalte meg, men jeg kan ikke si det med større grad av sikkerhet før jeg eventuelt hadde inkludert flere informanter i min studie.

Det er også andre studier som har blitt gjort på temaet tidsbruk og elektronisk pasientjournal. En studie gjort av Poissant, Pereira, Tamblyn & Kawasumi viste eksempelvis at målemetoden man benytter seg av, har betydning for hvor tidsbesparende en innføring av elektronisk journal vil være. Poissant et al gjennomgikk en rekke artikler, og de fant *også* ut at det blant annet har stor betydning hvor datamaskinen står plassert. Om datamaskinen eksempelvis står plassert inne på pasientens rom eller på et vaktrom, har mye å si for hvor mye tid man eventuelt vil kunne spare i forhold til dokumentasjon (Poissant et al, 2008). Klinikere som tilbringer mye tid i direkte kontakt med pasienter, håper som Leung et al (2003) beskriver, at elektronisk dokumentasjon kan hjelpe til med å frigjøre ytterligere tid til direkte pasientkontakt (Poissant et al, 2008). På den annen side kan man legge inn faktorer som beskrevet hos Yackel & Embi. Dette kan være faktorer som feil i det elektroniske dokumentasjonssystemet, kombinert med at datasystemer oppgraderes eller vedlikeholdes (Yackel & Embi, 2009). Det kan videre dreie seg om faktorer som menneskelige feil, enten som følge av mangelfull opplæring, eller at det er ulike årsaker til at prosedyrer for dokumentasjon ikke følges (ibid.). Summen av slike årsaker kan føre til en faktisk økt tidsbruk i forhold til dokumentasjon av operasjonssykepleie.

Lunney (2006) fremhever at det er tidsbesparende og kostnadsbesparende at sykepleiere har kjennskap til korrekt bruk av klassifikasjonssystemer som NANDA, NOC og NIC (benevnt som NNN av Lunney). Opplæring i bruken av klassifikasjonssystemene, krever at det settes av tilstrekkelig tid, fordi dersom en sykepleier aktiverer ett tiltak i forhold til en sykepleiediagnose som er noe upresis, vil en annen sykepleier kunne bruke uforholdsmessig mye tid på å konsentrere seg om sykepleie knyttet til noe som ikke er helt relevant for den aktuelle pasienten. Uten korrekt bruk av NNN, vil ikke sykepleieren kunne gjøre korrekt rede for sine datatolkninger (Lunney, 2006). Dette vil i sin tur medføre at det settes av tid til sykepleietiltak som ikke hører hjemme i det aktuelle tilfellet. Eksempelvis gjelder dette for operasjonspasienter som nonverbalt gir uttrykk for redsel preoperativt. Det er avgjørende at operasjonssykepleieren gjør en adekvat og effektiv datainnsamling, der man får tak i *hva* det er som gjør at den aktuelle operasjonspasienten er redd. Om operasjonspasienten er redd for narkosen, legger andre

føringer for operasjonssykepleieren, enn om operasjonspasienten er redd for å få stygge arr etter operasjonen. Det å lære seg å luke ut uaktuelle sykepleiediagnoser, er viktig for å kunne uttrykke seg mer presis i pasientjournalen (Lunney, 2006).

Tidsbruk har vært diskutert i forskningslitteratur. Noe av diskusjonen handler om i hvor stor grad man vil spare tid ved å bytte fra et papirbasert dokumentasjonsverktøy til et elektronisk dokumentasjonsverktøy. Studier som Poissant et al (2008) har vist at reduksjon av tidsbruk i forhold til å dokumentere elektronisk blant annet er avhengig av skjermplassing etc. Et annet moment er at dersom man først blir kjent med dokumentasjonsverktøyet, så har man sett en nedgang i tiden som brukes til dokumentasjon. Men etter hvert blir brukerne også kjent med mulighetene i dokumentasjonsverktøyet, og vil dermed bruke mer tid på å dokumentere igjen (Poissant et al, 2008). Dette kan være fordi mulighetene i dokumentasjonsverktøyet muligens er flere enn det brukerne av verktøyet faktisk har bruk for. Poissant et al mener at noe av årsaken til at man etter en stund etter implementeringen ser en økning i tidsbruk, er at det i startfasen av implementeringen av et slikt dokumentasjonssystem, er tilstede støttepersonell fra firmaet bak dokumentasjonsverktøyet. Etter at implementeringsperioden er over, har man ikke disse ressurspersonene tilgjengelig i like stor grad. Det gjenstår noe forskning på hva som er den ideelle tiden det tar å implementere et elektronisk dokumentasjonssystem når det gjelder tidsbesparelse og EPJ (Poissant et al, 2008).

Et poeng hos Sandvand & Vabo (2007), er at for å gjøre en faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon, må helsepersonell ha kunnskaper om hvordan dokumentasjon skal utføres. En positiv holdning og en bestemt vilje til å dokumentere utført helsehjelp er av stor betydning (Sandvand & Vabo, 2007). For at operasjonssykepleierne skal kunne få en positiv holdning til det nye dokumentasjonsverktøyet, må operasjonssykepleiere som faggruppe i større grad få lov til å være inkludert i de ulike stegene i prosessen. Dette blant annet av hensyn til systemets brukervennlighet. *Tidsbruk* var også en faktor som spiller inn på hvordan operasjonssykepleierne opplevde det elektroniske dokumentasjonsverktøyet. Funn i min studie indikerer at graden av *tid* som benyttes til dokumentasjon av utført operasjonssykepleie ikke har gått vesentlig ned. Eksempelvis hadde informantene i fokusgruppe 1 opplevelsen av at tidsbruken økte i

noen tilfeller. Dette kan skyldes mangelfull opplæring eller feil på datasystemet av ulike årsaker.

Det er flere tilhengere av klassifikasjonssystemene, men det finnes også kritikere som mener at det å standardisere språket til forhåndsdefinerte termer vil kunne føre til at sykepleien mister det individuelle aspektet i forhold til pasientene. Nøst beskriver i sin artikkel en fare for at språket i sykepleiedokumentasjonen kan bli for firkantet og nøytralt, og at det i liten grad rommer en beskrivelse av hvordan pasienten faktisk har det (Nøst, 2010).

I forskningsrapporten *Bak lukkede dører 2* ble anestesisykepleiernes dokumentasjon og vurderinger kartlagt. I oppsummeringen kommenteres det blant annet at det ikke finnes en oppskrift som kan følges. Respondentene anvender ”et faglig skjønn.” De gjør individuelle overveielser kontinuerlig (Spjelkevik, Nilssen, Sagafoss, Storteig & Kielland, 2004, s. 209). Liknende funn ble gjort i min studie. Det er ikke nødvendigvis alltid slik at et forhåndsformulert skjema med standardiserte diagnoser, etc vil passe inn med det operasjonssykepleieren har behov for. Informantene i fokusgruppeintervjuene jeg gjorde, kommenterte at det av og til er behov for å dokumentere i fritekst. De antok at noe av årsaken kan være at opplæringen i bruken av dokumentasjonssystemet ikke var optimal, og at man innad i faggruppen ikke hadde diskutert i tilstrekkelig grad hvordan tilleggsopplysninger skal dokumenteres. Riktignok er studien gjort med elleve informanter og i to fokusgrupper. For å kunne konkludere med større grad av sikkerhet, hadde det vært interessant å foreta flere fokusgruppeintervjuer for å se om liknende funn kan gjøres der.

Det kan være behov for å undersøke om eksempelvis NANDA- sykepleiediagnoser er egnet for norske forhold. Et tema som er verdt å diskutere, er at klassifikasjonssystemet NANDA er utviklet i USA, hvor sykepleien både er kulturelt og profesjonelt annerledes enn i Norge. En studie som ble foretatt på Island, viser at sykepleiediagnoser som er mye brukt i USA, ikke benyttes på Island. Dette forklarer forfatterne med mulige kulturforskjeller. Sykepleieproblemer som pasienter i USA har behov for sykepleie til å håndtere, er ikke nødvendigvis fremtredende på Island (Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002). En kan foreta undersøkelser om tilsvarende forskjeller også finnes mellom USA og Norge (Varsi, 2007).

4.4.1 EPJ-verktøyet

Ved innføring av EPJ bør sykepleietjenesten definere klare mål for hva man forventer å oppnå av forbedringer og høyere kvalitet i utøvelse og dokumentasjon (NSF, 2007). Et EPJ-system vil være det mest sentrale informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i daglig pasientbehandling, utøvelse av sykepleie og service til pasienter. I tillegg er det et unikt verktøy til å registrere, lagre, gjenfinne, sammenstille og gjenbruke data. Et EPJ-system kan bli et mer effektivt og kraftfullt redskap enn et papirbasert dokumentasjonssystem, fordi man kan utnytte informasjonsteknologiens mulighet for lagring, gjenbruk og nye alternativ til å sammenstille data. Dette må ligge til grunn for forståelsen av EPJ som et verktøy til å støtte den daglige praktiske utøvelsen av sykepleie, ledelse og utvikling av sykepleiefaget (NSF, 2007). Sykepleierens holdninger til dokumentasjonsverktøyet, som beskrevet hos Laramée et al spiller også inn på hvordan dokumentasjonen vil kunne bli (Laramée et al, 2011). Innføringen av et elektronisk journalsystem innebærer på mange måter en større endring i mange klinikers hverdag enn endringer som er gjennomført tidligere. Derfor kommer endringene gradvis til helsevesenet der de gjennomføres over en lengre periode (Knecht, Simpson & Weaver, 2006). Knecht et al nevner videre at EPJ ikke kun er et teknologisk prosjekt, men at «... it is also a strategic business and clinical initiative that requires the full participation of the executive team» (Knecht et al, 2006, s. 57).

Kravspesifikasjon og NSF's veileder tar ikke eksplisitt for seg operasjonssykepleie. Det er behov for samarbeid mellom operasjonssykepleierne, IT-avdelingen og sykepleietjenesten for øvrig, for å planlegge hvor operasjonssykepleien skal dokumenteres i systemet (Sandersen, 2009). For at overgangen til å dokumentere elektronisk skal gå så smertefritt som mulig, er det viktig at brukerne av verktøyet selv er med på å påvirke bruken av det.

Egne dataferdigheter kan influere på eksempelvis hvordan dokumentasjonen av operasjonssykepleie utføres, i forhold til hvor mye tid man bruker på å dokumentere egen helsehjelp. Laramée et al er blant de som har sett på sykepleieres lærebehov i forbindelse med implementering av EPJ (Laramée et al, 2011). En innføring av EPJ krever en systematisk og reflektert tilnærming til hvordan innføringen gjøres. Moreno (2005) beskrev at på tross av at EPJ har et potensial til å forbedre kvaliteten på omsorgen som ytes, redusere antall medisinske feil samt senke administrative kostnader, så innebærer

samtidig implementeringen av EPJ at det må investeres i teknologi i tillegg til en endring i nåværende system og prosesser (Thakkar & Davis, 2006). Videre har det blant annet vist seg størrelsen på enheten der EPJ skal innføres, har noe å si for i hvor stor grad systemet blir en vellykket og integrert del av klinikers arbeidshverdag (Thakkar & Davis, 2006). Samtidig kan faktorer som at enkeltindivider er skeptiske til bruk av IT og dermed kvier seg for å bruke dataverktøy. Eller at funksjonaliteten til IT-verktøyet ikke er bra nok, komplisere en innføring av dataverktøy eksempelvis til dokumentasjon (Ammenwerth, Iller og Mahler 2006).

Nedenfor dreier funnene seg om et tema som i noen grad henger sammen med EPJ; ergonomi. Informantene kommer inn på at uheldige uergonomiske løsninger kan gjøre at det oppleves som lite hensiktsmessig å dokumentere elektronisk.

4.4.2 Ergonomi

I ordvekslingen i de to dialogene nedenfor, kommer informantene inn på faktorer som samlet gjør at det kan være en utfordring å få dokumentert i en tilfredsstillende grad.

Fokusgruppe 1:

M: jeg lurar på det er noen faktorer i arbeidshverdagen deres som gjør at dere ikke får dokumentert så godt som dere føler at dere burde?

IB: ja altså feil på data'n det syns jeg at det har vært utrolig mye av den siste tida hvor du ikke har fått opp (dataprogrammet) eller det og tid- det er de to tingene som gjør at du, ja- kanskje ikke får dokumentert

IA: ja det samme med det at pc'ene fungerer ikke ordentlig- og de som er levert av....på stue 1,2,3 og 5, de- tastaturet fungerer veldig dårlig du må treffe midt på tasten for at riktig bokstav skal komme opp

IC: -ja- stue 8 er det samme-

IA: og det er to skjermer og ofte har du tastatur på den ene skjermen og så har du bildet på den andre og det er forferdelig irriterende når du bruker-progressive glass—for da må du sann- ja, det er en sann ulempe som gjør det litt surt-

Faktorene tid, datasystemfeil og ergonomi, spiller inn på hvordan kontinuiteten kan bli dårlig. Under punktet om tidsbruk, ble det bemerket at man da kan komme til å ty til papirdokumentasjon.

Dialogen i fokusgruppe 1 fortsatte:

M: men det jeg tenkte på- kan det være faglige faktorer- er type inngrep avgjørende for eksempel for elektronisk dokumentasjon?

IB: ja kort inngrep så har du ikke tid.

IA: -men på korte inngrep så har det vært sagt at da kan vi skrive på det hvite- og da er det mange som bruker det grønne isteden men jeg prøver da som du sier i- prøver å være lojal så i alle fall skrive på det hvite- hvis pc'n funker- også er det fryktelig hvis du har et inngrep inne på stue --- å krabbe rundt mellom racker og røntgenbuer og røntgenskjermer og åle deg fram for å rekke fram til dataen- og jeg er'kke akkurat lita og vever så det er ikke så lett bestandig blant alt det derre der-

En faktor som lite plass inne på operasjonsstua, i kombinasjon med at operasjonssykepleier opplever at PC som skal dokumenteres på er vanskelig tilgjengelig, og muligens skjult bak medisinsk-teknisk utstyr som røntgenapparat etc. Disse faktorene kan medføre at operasjonssykepleier opplever at elektronisk dokumentasjon "stjeler tid" fra hans eller hennes arbeid.

Jeg forstår det som at på det tidspunktet hvor dette fokusgruppeintervjuet fant sted, var det hvordan dataskjermene stod plassert i forhold til operasjonsfeltet som var en faktor for hvorvidt informantene i denne fokusgruppen følte at det elektroniske dokumentasjonsverktøyet var brukervennlig eller ikke. Det er uheldig dersom den praktiske bruken av det elektroniske dokumentasjonsverktøyet viser seg å være uergonomisk for brukerne. Uheldige uergonomiske løsninger kan trolig føre at verktøyet kanskje ikke brukes i samme grad som målsetningen var.

Ting kan tyde på dette fra dialogen ovenfor, men man bør gjøre flere fokusgruppeintervjuer før man kan slå dette fast. Informant 1A lister samtidig opp noen forslag til forbedringer av ergonomi, slik at den totale opplevelsen av å bruke dokumentasjonsverktøyet blir bedre.

Informantene i den andre fokusgruppen har sine utfordringer. Under følger et utdrag fra fokusgruppen som dokumenterer på papir.

Fokusgruppe 2:

M: Hvordan vil dere si at dokumentasjon av operasjonssykepleie er synlig i dagens pasientjournal?

2E: sånn som den er nå er den jo dårlig da-

2D: Jeg tror ikke det er det første folk leser-

2E: nei jeg tror ikke det-

2A: nei-

2C: det ligger jo ikke inne elektronisk så da- det er jo der vi går inn når vi skal se etter opplysninger og sånt- så ja-

Jeg forstår det som at informantene mener at operasjonssykepleierens journalnotat *med fordel* kunne være elektronisk, nettopp fordi operasjonssykepleierne selv går inn og leser på andre faggruppers journalnotat når de skal gjøre sine sykepleiefaglige perioperative vurderinger. Andre faggruppers journalnotat skal i sin tur være beslutningsgrunnlag for den operasjonssykepleien som skal gis til denne operasjonspasienten. Videre skal journalnotatet fra operasjonssykepleier være beslutningsgrunnlag for andre sykepleiere som eksempelvis på intensivavdeling, postoperativ avdeling og når operasjonspasienten skal til sengepost.

4.4.3 Utfordringer ved bruken av klassifikasjonssystemer i EPJ

I utdraget fra fokusgruppe 2 nedenfor kommer informant 2A inn på et sentralt aspekt ved dokumentasjon av operasjonssykepleie. Man skal i sin dokumentasjon av helsehjelp overbringe informasjon til de som overtar operasjonspasienten. Jeg forstår det som at informanten uttrykker en form for misnøye med det nåværende dokumentasjonsskjemaet, og at det ikke i stor nok grad gir mulighet for å dokumentere og dermed bringe vesentlige pasientopplysninger videre.

M: Hvordan ser dere på dokumentasjonen av operasjonssykepleien på avdelingen?

2A: Jeg synes- em- jeg synes at vi har for dårlig dokumentasjon. Fordi at dette skjemaet det er ikke særlig individuelt tilpasset, og det er det samme skjemaet på alle inngrep. Det er liten plass til å skrive tilleggsopplysninger. Ja, og jeg synes at det er noe som vi burde dokumentere mer på som vi ikke gjør.

2B: Nei altså det har jo vært sånne prosjekter som har gått lenge da som aldri blir ferdig eller som bare blir kansellert liksom. Så- hvis det er sånne stikkord, det er ganske- det er ikke så mye du får plass til- det er jo veldig sånn basic hva som skal stå der så det er jo- oversiktlig og- det er-, men man kan jo hvis man skal skrive noenting, det er liten plass, så man må være veldig konsis, og presis i sin uttryksmåte. Men det er jo ikke, jeg tror det sikkert tilfredsstiller det med lover og regler og sånn. Det tror jeg nok- det gjør det. Det veit jeg ikke, men det gjør det nok--

2A: Men da tenker jeg, hva er vitsen med dokumentasjon? det er jo fordi vi skal overbringe en del informasjon til de som på en måte skal overta pasienten.

Å overbringe informasjon er som informant 2A påpeker et vesentlig poeng med dokumentasjon. I NSFLOS funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere (2005), poengteres det at utført sykepleie skal dokumenteres, og det som ikke er dokumentert, skal i prinsippet heller ikke anses som utført (Sandersen, 2009).

De ulike klassifikasjonssystemene i sykepleie er utviklet for å skape et felles språk med enhetlige definisjoner på hva sykepleie er, og med tanke på at de skal kunne benyttes i elektroniske systemer. Man er ennå i startfasen med å utvikle klassifikasjonssystemer i sykepleietjenesten. Kunnskap om og forståelse av dekningsgraden i klassifikasjonene er viktig for at de skal kunne tas i bruk på en hensiktsmessig måte (NSF, 2007). Klassifikasjonssystemene tilfredsstiller krav til et standardisert språk, men de dekker likevel ikke alt sykepleiere skriver om. Det er som vi har sett tidligere flere ulike klassifikasjonssystemer for sykepleiediagnoser, tiltak og resultat, men ingen av definisjonene er komplette. De er utviklet med forskjellig fokus på praksis av sykepleie (Benner, 2004; Henry & Mead, 1997; Ruland, 2001).

4.5 Oppsummering av funn

Under kommer jeg med noen hovedpunkter til videre undersøkelser, som andre av mine kolleger kan gjøre, for å få mer kunnskap om problemstillinger og utfordringer innenfor temaet dokumentasjon av operasjonssykepleie:

Hva gjelder samarbeid med andre avdelinger på sykehuset, melder to spørsmål seg:

- 1) Hva leser og hva har operasjonssykepleieren behov for av preoperative opplysninger?
- 2) Hvilke typer opplysninger er viktigst for samarbeidende avdelinger?

Det synes å være lite samsvar mellom hva operasjonssykepleierne dokumenterer og det sykepleierne på sengepostene kan ha behov for å vite. Dette må ikke medføre at operasjonssykepleierne unnlater å dokumentere viktig informasjon om medisinsk-teknisk utstyr. Denne typen informasjon er viktig for operasjonspasientens perioperative forløp. Det kunne være spennende å få til et samarbeid mellom operasjonsavdelingen og sengepostene, der man kartlegger hvilke behov for informasjon som gjensidig er ønskelig.

Thoroddsen & Thorsteinsson (2002) viser at språket som sykepleierne benytter seg av når de nedtegner sykepleieproblemene i pasientjournalen er uensartet. Sykepleierne benytter seg av ulike ord i sine beskrivelser av problemer. Eksempelvis beskriver noen sykepleiere de valgte sykepleieproblemene utfyllende, mens andre nedtegner enkle problemformuleringer. Det kan virke som at det ikke er et mønster i hvordan sykepleieproblemer nedtegnes (Varsi, 2007).

Elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie kan dreie seg om ulike dokumentasjonsverktøy. Det er forskjell på elektroniske dokumentasjonssystemer og klassifikasjonssystemer etc. Dokumentasjonen av utført sykepleie kan gjøres elektronisk, uten at den nødvendigvis preges av et mer presist språk, og uten at dokumentasjonen blir mer systematisk.

5 Konklusjon

I dette kapitlet kommer jeg inn på hva denne studien kan lære oss av operasjonssykepleieres erfaringer med dokumentasjon av operasjonssykepleie.

Informantene i mine to fokusgrupper hadde noe forskjellig erfaring og bakgrunn med hensyn til hvilket dokumentasjonsverktøy de brukte. Dette kan sies å være en gruppeforskjell. Diskusjonene som spontant oppstod i begge fokusgruppene artet seg forskjellig fra hverandre i og med at dokumentasjonsverktøyene var ulike.

Etter gjennomgang av litteratur og transkripsjonene, så jeg eksempelvis at graden av tid som går med til å dokumentere i pasientens journal, er varierende beskrevet. Informantene i fokusgruppe 1 dokumenterte elektronisk, men det fremgikk ikke i diskusjonene om informantene følte at deres egne dataferdigheter opplevdes som utilstrekkelige. Dette *kan* være på grunn av at det i en setting som fokusgruppeintervju kan oppleves som vanskelig å fremme slike meninger, (se om *konformitet* i delkapittel 3.5 om studiens begrensninger). Muligens kunne slike meninger komme frem tydeligere i en annen type setting som et individuelt intervju.

Det er gjort forholdsvis få studier der operasjonssykepleierne er inkludert som informanter og få studier der fokusgruppeintervju er brukt som datainnsamlingsmetode. Ut fra funnene i fokusgruppeintervjuene som ble gjort, kan det med forsiktighet konkluderes med at operasjonssykepleiere som faggruppe har delte erfaringer med å dokumentere sin helsehjelp. Enten helsehjelpen dokumenteres på papir eller elektronisk, er erfaringene delte med hensyn til hvordan dokumentasjon av egen helsehjelp oppleves. Erfaringene er delte i forhold til om dokumentasjonen synliggjør egen faggruppes bidrag i operasjonspasientens perioperative behandlingsforløp. Erfaringene er også delte i forhold til om dokumentasjonen oppleves som effektiv i forhold til tidsbruk, og om dokumentasjonen er standardisert i tilstrekkelig grad.

På bakgrunn av mine funn, oppsummerer jeg følgende:

Ett funn viser at dokumentasjon av tiltak knyttet til infeksjonsforebygging ikke gjøres i like stor grad som faggruppen har som uttrykt mål i sin funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2008). Liknende funn gjorde Spjelkevik et al (2004) og Junttila et al (2010).

Det er fremdeles en vei å gå hva gjelder å få de ulike faggruppene innen sykepleien, også operasjonssykepleierne, til å dokumentere sin helsehjelp mer standardisert. Det er behov for et tverrfaglig samarbeid for å finne fram til en fornuftig balansegang mellom standardiserte behandlingsplaner, og behandlingsplaner med rom for felter til dokumentasjon i fritekst. Det kan utarbeides klarere retningslinjer om hva de ulike faggruppene som er involvert i behandlingen av operasjonspasienten skal dokumentere. Det er forskjell på selvstendige, samarbeidende og delegerte arbeidsoppgaver. Det er uklart i hvilken grad de ulike arbeidsoppgavene dokumenteres. Og det er i noen tilfeller noe uklart hvilken faggruppe som skal dokumentere hva i pasientjournalen. Operasjonssykepleierne som faggruppe har en sentral rolle i å definere hva som skal være faglig standard for å møte kravet i Lov om helsepersonell (1999).

Funn fra min studie kan indikere at en fremvekst av IKT-arkitektur i helsesektoren, kan resultere i dokumentasjonsverktøy som ikke alltid viser seg å være ideelle for brukerne. Årsaken til dette kan være mangel på tid eller økonomiske faktorer. Samtidig kan det innvendes at den enkelte sykepleier som er ansatt ved et sykehus ikke har noe valg hva gjelder å ta den nye teknologien i bruk. Som arbeidstaker er man forpliktet til å ta i bruk det arbeidsverktøyet som arbeidsgiver har valgt.

Dokumentasjon av operasjonssykepleie utenfor operasjonsavdelingen, som ved mottak av traumepasienter i akuttmottaket, er i noen grad tilfeldig og utelates i noen tilfeller. Mer forskning på temaet er dog nødvendig for å få mer innsikt i om dette er fremtredende trekk blant operasjonssykepleiere som faggruppe.

Det kan innvendes at informanter fra kun to fokusgrupper er inkludert i min studie. Man vil kunne gjøre andre funn dersom man i en studie inkluderer kun informanter som har erfaring med elektronisk dokumentasjon, eller med informanter som kun har erfaring med papirbasert dokumentasjon.

Litteraturliste

- Ammenwerth, E., Iller, C. & Mahler, C. (2006). *IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study*. BMC Medical Informatics and Decision Making 2006, 6:3 doi:10.1186/1472-6947-6-3.
- Andersen, S.T. & Riise, R. (2012). I: Blix, S., Anderssen, N & Størdal, T (red.) *Helse.Digital. Digitale arenaer i praksis og utdanning*. Cappelen Damm akademisk.
- Banner, L. & Olney, C. (2009). *Automated Clinical Documentation: Does it Allow Nurses More Time for Patient Care?* CIN: Computers, Informatics, nursing; Mar/Apr. 2009. Iss. Vol. 27(2). Pp 75-81.
- Bäckström, G. (2009). I: Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barr, B.J. (2002). *Managing Change During an Information Systems Transition*. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal; Jun 2002; 75, 6; Proquest Medical Library pg. 1085- 1092.
- Befring, A.K. & Ohnstad, B. (2005). *Helsepersonelloven- med kommentarer.* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Benner, P. (2004). *Current controversies in critical care. Designing formal classification systems to better articulate knowledge, skills, and meanings in nursing practice*. American journal of Critical Care, 2004 Sep; 13, 426-430.
- Beyea, S. (1999). *Standardized Language- Making Nursing Practice Count*. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal; Nov 1999; 70, 5.; Proquest Medical Library.
- Beyea, S., Killen, A.R. & Watson, D. (1999) I: Rantz, M.J. & LeMone, P. (red.). *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Thirteenth Conference*.

- North American Nursing Diagnosis Association. Cinahl Information systems. California: Advance Business Graphics.
- Bigony, L. (2010). *Charting the course with the PNDIS*. OR Nurse 2010. November. Copyright 2010 Lippincott Williams & Wilkins.
- Björvell, C. (2001). *Sygeplejerskens dokumentation.- En praktisk håndbog*. Lund: Studentlitteratur.
- Bowker, G.C. & Star, S.L. (1999). *Sorting things out. Classification and its consequences*. MIT Press: Cambridge, Massachusetts
- Brekken, R.S. & Dåvøy, G.M. (2009). I: Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bruun, A.M.G., Dørve, S. & Nerdahl, (2001). I: Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2008). *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. 12th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cavanagh, S.J. (2010). *Orems model i praksis*. København: Munksgaard Danmark.
- Chitlick, A. (2011). *Safe Positioning for Robotic-Assisted Laparoscopic Prostatectomy*. AORN Journal 94 (July 2011) 37-45.
- Cicconi, L., Claypool, M. & Stevens, W. (2010). *Prevention of Transmissible Infections in the Perioperative Setting*. AORN J 92 (November 2010) 519-527. DOI: 10.1016/j.aorn.2010.06.016.
- Craft-Rosenberg, M., Delaney, C., Denehy, J. & NDEC Research Team. (1999). I: Rantz, M.J. & LeMone, P. (red.) *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Thirteenth Conference*. North American Nursing Diagnosis Association. Cinahl Information systems. California: Advance Business Graphics.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- DesRoches, C., Donelan, K., Buerhaus, P & Zhonghe, L. (2008). *Registered Nurses Use of Electronic Health Records. Findings From a National Survey*. Medscape J. Med. 2008; 10(7): 164.
- Doyle, M. (2006). *Promoting standardized nursing language using an electronic medical record system*. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal. Denver: Jun 2006. Vol. 83, Iss. 6, p. 1336-42; quiz 1345-8.
- Dykes, P.C., Kim, H.-E, Goldsmith, D.M., Choi, J, Esumi, K & Goldberg, H.S. (2009). *The Adequacy of ICNP Version 1.0 as a Representational Model for Electronic Nursing Assessment Documentation*. J. Am Med Inform Assoc. 2009;16;238-246. DOI 10.1197/jamia. M2956.
- Dåvøy, G.M. (2009). I: Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I: *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, P.H. (2009). I: Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I: *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fagermoen, M.S. (2001). *Fortellinger som datakilde i forskning*. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 3 (2): 2001 s. 68-80.
- Fangen, K. (2008). *Deltakende observasjon*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000 nr. 1385.
- Goss, L. K. (2012). *Staying up to Date on Disinfection and Sterilization Techniques. Brush up on AORN's Recommendations for Perioperative Practice*. Plastic Surgical Nursing. July-september 2012. Vol. 32. No. 3. Pp 112-116.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 24; 105-112).
- Grimnes, S. & Martinsen, T. (2001). *Kirurgisk diatermi*. Medisinsk-teknisk avdelings forlag Medinova, Rikshospitalet, Oslo.

- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. 2. utgave. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Hansen, I. & Brekken, R.S. I: Dāvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (2009). I: *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, I., Loraas, L-M. & Brekken, R.S. I: Dāvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggdal, K. (1999). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heizenroth, P.A. I: Rothrock, J.C. (2011). *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. Fourteenth Edition. Elsevier Mosby: St.Louis.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2008). *Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-13*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
<http://www.helsedirektoratet.no/vp/mulimedia/archive/00047/Samspill....>
- Henry, S.B. & Mead, C.N. (1997). *Nursing classification systems: necessary but not sufficient for representing "what nurses do" for inclusion in computer-based patient record systems*. Journal of the American Medical Informatics Association, 1997 May-Jun; 4, 222-232.
- Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. (2005). *Three Approches to Qualitative Content Analysis*. Qual Health Res 2005 15: 1277 DOI: 10. 1177/1049732305276687.
- Johnson, M. (1999) I: Rantz, M.J. & LeMone, P. (red.). *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Thirteenth Conference*. North American Nursing Diagnosis Association. Cinahl Information systems. California: Advance Business Graphics.
- Johnson, M., Kaehler, B., Siska, M., Lecy, B. & O'Neil, M. (2011). *Healing touch: tips for successful hand hygiene*. Nursing2011 November. Pp 18-20. DOI-10.1097/01. Nurse.0000406505.99319.b0.

- Junttila, K., Hupli, M & Salanterä, S. (2010). *The Use of Nursing Diagnoses in Perioperative Documentation*. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications Volume 21, No. 2, April-June, 2010.
- Kim, H.S. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 2. utgave. New York: Springer Publishing Company.
- Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- KITH Rapport R 14/03 Dale, J.G., Angermo, L.M., Dale, C., Mjøsund, N.H., Storteig, M. & Bach, G.
- Kjøllesdal, A. (2005). I: A.M. Moesmand & Kjøllesdal, A. *Å være akutt kritisk syk. Om pasienten og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjøllesdal, A. (2010). *Er teknologisk kompetanse omsorg?* Sykepleien 2010 98(08):75-77 DOI:10.4220/sykepleiens.2010.0068
- Kleinbeck, S.V.M. & McKennett, M. (2000). *Challenges of Measuring Intraoperative Patient Outcomes*. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal; Nov 2000; 72, 5; ProQuest Medical Library.
- Kleinbeck, S.V.M. & Dopp, A. (2005). *The Perioperative Nursing Data Set- A New language for documenting care*. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal. Denver: Jul 2005. Vol. 82, Iss. 1, p.51-57.
- Knecht, K., Simpson, R.L. & Weaver, C.A. (2006). I: Weaver, C.A., Delaney, C.W., Weber, P., & Robyn, C. (red.) *Nursing and Informatics for the 21st Century. An International Look at Practice, Trends and the Future*. Chicago: HIMSS.
- Knizek, B.L. (2006). I: Lorentsen, M. *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. 4th Edition. London: SAGE Publications Ltd.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2008). *Interview. Introduksjon til et håndverk*. 2. utgave. København: Hans Reitzels forlag.
- Laramée, A.S., Bosek, M., Kasprisin, C.A. & Powers-Phoneuf, T. (2011). *Learning from Within to Ensure a Successful Implementation of an Electronic Health Record*. CIN: Computers, Informatics, Nursing. Vol. 29, No. 8, 468-477).
- Lassiter, S. (2011). *Preventing Infection: Collaboration Between Surgical Team Members and Infection Preventionists*. AORN Journal February 2011 Vol 93 no 2.
- Lindseth, A. & Nordberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scand. J Caring Science; 18; 145-153.
- Lindwall, L. & von Post, I. (2000) *Perioperativ vård- den perioperativa vårdprocessen*. Lund: Studentlitteratur.
- Lov om spesialisthelsetjenesten, (Spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999, nr. 61.
- Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999, nr. 63.
- Lov helsepersonell, (Helsepersonelloven) av 2. juli 1999, nr. 64.
- Lunney, M. (2006). *Helping Nurses Use NANDA, NOC, and NIC. Novice to Expert*. JONA Volume 36, Number 3, pp.118-125.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Universitetsforlaget: Oslo.
- McBride, A. B. (2006). I: Weaver, C.A., Delaney, C.W., Weber, P., & Robyn, C. (red.) *Nursing and Informatics for the 21st Century. An International Look at Practice, Trends and the Future*. Chicago: HIMSS.
- Martinsen, K. (2009). I: Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (1999) I: Rantz, M.J. & LeMone, P. (red.). *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Thirteenth Conference*.

- North American Nursing Diagnosis Association. Cinahl Information systems. California: Advance Business Graphics.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 4th Edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NANDA, *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2001-2002*, Philadelphia, NANDA
- NANDA, *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2009-2011*, Chichester: Wiley-Blackwell.
- Nicolette, L.H. I: Rothrock, J.C. (2011). *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. Fourteenth edition. Elsevier Mosby: St.Louis.
- NIC, *Nursing Interventions Classification* (2004). Fourth Edition. St. Louis: Mosby.
- NOC, *Nursing Outcomes Classification* (2004). Third Edition. St. Louis: Mosby.
- NSF (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*. 3.utgave, februar 2007.
- NSFLOS (2008). *Funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere*. Revidert 2005, oppgradert 2008.
- NSFLOS (2009). Veileder for elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie.
- Nøst, T.H. (2010) *VIPS må romme pasientens fortelling*. Sykepleien 9/2010
- Ohnstad, B. (2002). *Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing. Concepts of Practice*. St.Louis. Mosby.

- Petersen, C. & Kleiner, K. (2011). *Evolution and Revision of the Perioperative Nursing Data Set*. January 2011. Vol 93 No 1- AORN Journal 127-132.
- Pirie, S. (2010). *Hand washing and surgical hand antiseptics*. The Journal of Perioperative Practice; May 2010; Volume 20, Iss 5; Proquest. Pp 169-172.
- Pirie, S. (2010). *Surgical gowning and gloving*. The Journal of Perioperative Practice; Jun 2010; 20, 6; Proquest. Pp 207-209.
- Poissant, L., Pereira, J, Tamblyn, R. & Kawasumi, Y. (2008). *The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review*. Journal of the American Medical Informatics Association, Sep/Oct 2005;12, 5; Proquest Medical Library.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Richards, L. & Morse, J.M. (2007). *Users guide to qualitative methods. Second edition*. California, London og New Dehli: Sage Publications, Inc.
- Rotegård, A.K., Berge, A.W., Riddervold, H.M. & Haugan, B. (2010). *Sykepleiere må være med å påvirke*. Sykepleien, 2010 98(04): 62-65 DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0017.
- Ruland, C.M. (2001). *Evaluating the Beta version of the INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE for domain completeness, applicability of its axial structure and utility in clinical practice: a Norwegian project*. International Nursing Review, 2001, Mar; 48, 9-16.
- Ruyter, K.W., Førde, R. & Solbakk, J.H. (2008). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandersen, V.A., (2009). I: Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Sandvand, E. & Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Spjelkevik, M.L., Nerdahl, E., Rønningen, K., Lia, I. & Kjeldberg, E. (2004). *Bak lukkede dører 1. Operasjonssykepleieres observasjoner, vurderinger og handlinger i møte med operasjonspasienten, og hvordan dette blir dokumentert i pasientjournalen*. Prosjektrapport- våren 2004. Høgskolen i Telemark.
- Spjelkevik, M.L., Nilssen, C.M., Sagafos, E.K., Storteig, M.H. & Kielland, J. (2004). *Bak lukkede dører 2. Anestesisykepleieres observasjoner, vurderinger og handlinger i møte med operasjonspasienten, og hvordan dette blir dokumentert i pasientjournalen*. Prosjektrapport- sommeren 2004. Høgskolen i Telemark.
- Streubert, H.J. I: Streubert, H.J. & Carpenter (1999). *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (Second Edition). Philadelphia-New York-Baltimore: Lippincott.
- Thakkar, M. & Davis, D.C. (2006). *Risks, Barriers, and Benefits of EHR Systems: A Comparative Study Based on Size of Hospital*. Perspectives in Health Information Management 3;5, summer 2006.
- Undhjem, L.T., Smestad, W.E.M. & Ruud, R.E. (2011). *Økt informasjonskompetanse hos sykepleiere og studenter*. Sykepleien Forskning 2011; 6 (1) s. 54-61.
- vonKrogh, G., Dale, C. & Nåden, D. (2005). *A Framework for Integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records*. Journal of Nursing Scholarship 37. 3 (Third Quarter 2005): 275-81.
- Warner, M.A. (1998). *Perioperative Neuropathies*. Mayo Clinic Proceedings; Jun 1998; 73; 6; Proquest pg 567-574.
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company.

Westendorf, J. (2009). *Utilizing the Perioperative Nursing Data Set in a Surgical Setting*. Plastic Surgical Nursing. October-November 2007. Volume 27. Number 4.

Yackel, T.R. & Embi, P.J. (2009). *Unintended errors with EHR-based result management: a case series*. J Am Med Inform Assoc. 2010 January, 17(1): 104-107.

Internettreferanser:

<http://www.nsd.uib.no/personvern>

Annet:

Bloch-Helmers, A.-K. (2013). *Fra urent til rent*. Tidsskriftet Sykepleien, 1/2013.

Hofstad, E. (2013). *Skittent utstyr truer pasientsikkerheten*. Tidsskriftet Sykepleien, 1/2013.

Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Fastsett 1. desember 2005 av Utdannings- og forskningsdepartementet.

Varsi, C. (2007). *Samsvar mellom sykepleieproblemer i sykepleieplaner i og NANDA sykepleiediagnoser*. Oslo: Masteroppgave ved UiO. Publisert i DUO (Digitale utgivelser ved UiO).

Vedlegg I

Personvernombud

Her

Nittedal 08.02.2011

Søknad om tillatelse til å gjennomføre prosjekt ved XX Universitetssykehus i forbindelse med mastergrad i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Jeg arbeider med en masteroppgave i sykepleievitenskap, der målet er å få kunnskap om operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie. Jeg er ansatt som operasjonssykepleier ved operasjonsavdelingen ved Akuttklinikken på -- universitetssykehus HF, --. Jeg er deltidsstudent ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, og planlegger innlevering av masteroppgaven innen våren 2012.

Problemstilling for min oppgave er:

Operasjonssykepleieres erfaring med å dokumentere operasjonssykepleie.

Dette planlegges som en kvalitativ, utforskende studie, der data samles inn ved fokusgruppeintervjuer. Planen er å rekruttere 10 til 12 informanter fra XX universitetssykehus. Inklusjonskriterier er at de er operasjonssykepleiere i klinisk arbeid. Jeg ønsker å gjøre ett fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere som har erfaring med elektronisk dokumentasjon, og ett fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere som dokumenterer på papir.

Deltakelse i studien er frivillig og innsamlet materiale skal aidentifiseres. Ved bruk av sitater kommer også disse til å aidentifiseres og vil ikke kunne føres tilbake til den enkelte informant. Informantene kommer til å få en skriftlig forespørsel om deltakelse i studien og informasjon om at deltakelse er frivillig.

Fokusgruppeintervjuene kommer til å være semistrukturerte og intervjuguide kommer til å bli brukt. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd for å sikre at jeg får alt med. Informantene kommer til å bli informert om dette. Alle lydopptak vil bli slettet når oppgaven er ferdig, og senest 31.12.2012.

Min veileder ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap, er førsteamanuensis Anne Moen. Kontaktadresse: Universitetet i Oslo, postboks 1130,

Blindern, 0318 Oslo. Hennes kontaktinformasjon er telefon: 22850540/90971904. E-post adresse: anne.moen@intermedia.uio.no

Jeg håper at dere med dette skal kunne vurdere søknaden. Ved behov kan jeg kontaktes på telefon 21 65 74 99/928 24 710. E-post adresse: bjochr@---.no.

Med vennlig hilsen

Bjørn Rogne Christensen

Vedlegg:

Forenklet meldeskjema studentprosjekter

Informasjons- og samtykkeskjema

Intervjuguide

Prosjektskisse/forskningsprotokoll

Vedlegg II

Avdelingsleder XX

Operasjonsavdelingen, XX

Nittedal 08.02.2011

Søknad om tillatelse til å gjennomføre prosjekt i forbindelse med mastergrad i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Jeg arbeider med en masteroppgave i sykepleievitenskap, der målet er å få kunnskap om operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie. Jeg er ansatt som operasjonssykepleier ved operasjonsavdelingen ved Akuttlinikken på universitetssykehus HF, ---. Jeg er deltidsstudent ved institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, og planlegger innlevering av masteroppgaven innen våren 2012.

Problemstilling for min oppgave er:

Operasjonssykepleieres erfaring med å dokumentere operasjonssykepleie.

Dette planlegges som en kvalitativ, utforskende studie, der data samles inn ved fokusgruppeintervjuer. Planen er å rekruttere 10 til 12 informanter fra XX universitetssykehus. Inklusjonskriterier er at informantene er operasjonssykepleiere i klinisk arbeid. Jeg ønsker å gjøre ett fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere som har erfaring med elektronisk dokumentasjon, og ett fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere som dokumenterer på papir.

Deltakelse i studien er frivillig og innsamlet materiale skal aidentifiseres. Ved bruk av sitater kommer også disse til å aidentifiseres og vil ikke kunne føres tilbake til den enkelte informant. Informantene kommer til å få en skriftlig informasjon og forespørsel om deltakelse i studien og informasjon om at deltakelse er frivillig.

Fokusgruppeintervjuene kommer til å være semistrukturerte og intervjuguide kommer til å bli brukt. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd for å sikre at jeg får alt med. Informantene kommer til å bli informert om dette. Alle lydopptak vil bli slettet når oppgaven er ferdig, og senest 31.12.2012.

Min veileder ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap, er førsteamanuensis Anne Moen og har følgende kontaktadresse: Universitetet i Oslo, postboks 1130, Blindern, 0318 Oslo. Hennes kontaktinformasjon er telefon: 22850540/90971904. E-post adresse: anne.moen@intermedia.uio.no.

Jeg håper at avdelingen med dette skal kunne vurdere søknaden. Ved behov kan jeg kontaktes på telefon 21 65 74 99/928 24 710. E-post adresse: bjochr@---.no.

Med vennlig hilsen

Bjørn Rogne Christensen

Vedlegg:

Forenklet meldeskjema til personvernombud - studentprosjekter

Informasjons- og samtykkeskjema

Intervjuguide

Prosjektskisse/forskningsprotokoll

Vedlegg III

**DEMOGRAFISKE DATA, DOKUMENTASJON AV
OPERASJONSSYKEPLEIE**

Sett kryss ved det som passer best av svaralternativene.

1) Alder:

- ☐ 25-35 år
- ☐ 36-45 år
- ☐ 46-55 år
- ☐ over 55- år

2) Erfaring som operasjonssykepleier:

- ☐ 0-4 år.
- ☐ 5-10 år
- ☐ 10-15 år
- ☐ Mer enn 15 år.

3) Hvilken erfaring har du med dokumentasjon av operasjonssykepleie:

- ☐ På papir
- ☐ Ved hjelp av et elektronisk dokumentasjonsprogram
- ☐ Begge deler

4) Hva bruker du nå?

- ☐ Papirbasert dokumentasjon
- ☐ Ved hjelp av et elektronisk dokumentasjonsprogram

5) Har du erfaring fra annet arbeidssted med et annet verktøy for dokumentasjon?

- ☐ På papir
- ☐ Ved hjelp av et elektronisk dokumentasjonsprogram

6) Hvordan oppleves det å dokumentere elektronisk?

- ☐ Bedre enn ved papirformat
- ☐ Verre enn ved papirformat
- ☐ Som før

Forklar kort:

Vedlegg IV

INTERVJUGUIDE, DOKUMENTASJON AV OPERASJONSSYKEPLEIE

- 1) Hva slags dokumentasjonsrutiner har dere på deres avdeling?
- 2) Hvordan ser du på dokumentasjonen av operasjonssykepleien på din avdeling?
- 3) Er det faktorer i arbeidshverdagen som gjør at du ikke får dokumentert?
 - IKT-systemet; tilgang på IKT-løsninger?
 - Faglige; er type inngrep avgjørende?-
 - Lav bevissthet rundt egen rolle/ansvar i å dokumentere helsehjelp.
 - Dokumentasjonssystemet; papirsystemet?
 - Tilgang på øvrig papirjournal?
- 4) Hvordan vil du si at dokumentasjon av operasjonssykepleie er synlig i dagens pasientjournal?

Hva legges det vekt å dokumentere av pre-, per- og postoperative faktorer i dagens pasientjournal?

(Jmfr: klassifikasjonssystemer som NANDA, NIC, NOC.)
- 5) Hvordan opplever du at dokumentasjonsverktøyet du benytter deg av i arbeidshverdagen bidrar til dokumentasjon av pasientens behandlingsforløp?
- 6) Er det noe du ønsker å tilføye- Hva ønsker dere av dokumentasjonssystemet?

Vedlegg V



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie”

Bakgrunn

Dette er en henvendelse til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra til kunnskap om operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie. Du forespørres med dette om å delta i prosjektet da du har erfaring innen dette temaet. Mitt navn er Bjørn Rogne Christensen, og jeg er selv operasjonssykepleier i klinisk arbeid. Jeg holder for tiden på med en mastergrad i sykepleievitenskap som jeg tar på deltid ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Denne forskningsstudien er grunnlaget for min masteroppgave i sykepleievitenskap.

Formålet med studien er foruten å få kunnskap om dokumentasjonen til din yrkesgruppe, også å få kartlagt utfordringer som operasjonssykepleieren opplever i dokumentasjonsarbeidet. Jeg ønsker å finne ut hva operasjonssykepleierne som gruppe har fått bidra til med selv? Har de fått være aktivt med på å utvikle et dokumentasjonsverktøy?

Studien er meldt til personvernombudet for forskning ved - universitetssykehus. Den er også meldt NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste) som er personvernombud for sykehuset.

Universitetet i Oslo er forsknings- og databehandlingsansvarlig.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer at du er villig til å delta i et fokusgruppeintervju av ca. en og en halv times varighet. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på bånd, slik at jeg får bedre mulighet til å få med alt som blir sagt, og for at ikke for mye tid vil gå med til notater underveis. Jeg vil ha med meg en medhjelper som vil ta notater om hovedpunkter underveis i fokusgruppeintervjuet, slik at det ikke blir unødige avbrudd i intervjusamtalen.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe kolleger til å få kunnskap om operasjonssykepleieres erfaring med å dokumentere planlagt og utført helschjelp innen operasjonssykepleie.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Du vil ikke på noe tidspunkt i studien bli identifisert ved navn. Det er kun lydbåndopptaket som vil kunne gjøre det mulig å kjenne deg igjen. Lydbåndopptaket vil bli transkribert og videre slettet senest innen 31.12.2012.

Dersom du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke kan delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Dersom du har spørsmål om studien, kan du kontakte meg på telefon 216574499 eller mobiltelefon 92824710. E-post adresse: bjochr@---.no. Eventuelt kan du kontakte min veileder Anne Moen, 1. amanuensis ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Hun har telefonnr: 22850540/90971904. E-post adresse: anne.moen@intermedia.uio.no.

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg VI

Utdrag fra søkeord til litteratur brukt i masteroppgaven:

MEDLINE

Nursing classification systems

Nursing records AND nursing classification systems

Nursing classification systems AND documentation

NANDA AND nursing documentation

Classification systems AND consequences

Computerized patient records AND health records, personal

Postoperative Complications AND Patient Positioning

PUBMED

EHR AND time efficiency

Electronic nursing records AND documentation

Perioperative nursing AND electronic documentation

Standardized nursing records

Perioperative nursing documentation

Operating room nurses documentation

Computerized patient records AND perioperative nursing

Computerized medical records systems, documentation

SWEMED+

Nursing records AND classification systems

Nursing informatics

OVID Nursing

Electronic documentation AND focus groups

Operative Surgery AND Infection Control



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Moen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 24.03.2011

Vår ref: 26427 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.02.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26427	<i>Operasjonssykepleieres erfaring med å dokumentere operasjonssykepleie</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Moen</i>
Student	<i>Bjørn Rogne Christensen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Knut Kalgraff Skjåk


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Bjørn Rogne Christensen, Slattum Terrasse 7B, 1480 SLATTUM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26427

Utvalget består av ca. 15 spesialsykepleiere i operasjon som rekrutteres gjennom sin avdelingsleder.

Opplysningene samles inn gjennom gruppeintervju, og det gjøres lydopptak av intervjuene. På telefon 23.03.2011 bekrefter Bjørn Rogne Christensen at lydopptakene ikke skal behandles på PC, og at intervjutranskripsjonene vil være anonyme.

Vi minner om at for at intervjutranskripsjonene skal kunne regnes som anonyme kan det ikke være mulig å knytte dem til navn, kontaktopplysninger eller andre personentydige opplysninger, og de kan heller ikke inneholde tilstrekkelig med bakgrunnsopplysninger om deltakerne til det kan være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Ettersom det ikke skal behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller opprettes et manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger, vil prosjektet ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

sykehus

sykehus

Postadresse:

PERSONVERNOBUDETS TILRÅDING

Sentraltbord:

Til: Bjørn Rogne Christensen, sykepleier, Akutt klinikken,
Operasjonsavdelingen

Og nr:

NO

v/A

Kopi:

www.

sykehus.no

Fra: Personvernombudet ved sykehus

Saksbehandler:

Dato: 8. mars 2011

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
databehandling av personopplysninger i prosjekt

Saksnummer/

efternavnnummer:

11/4130

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Det følgende bekrefter også at prosjektet har innhentet de nødvendige interne godkjenninger ved i henhold til sykehusets system for internkontroll med forsknings- og kvalitetsstudier. Viser her til godkjenning av prosjektet fra avdelingsledelse og forskningsleder i klinikken. Forutsetningene nedenfor må etterleves for at prosjektet kan gjennomføres.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved sykehus, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt). Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av personvernombudet ved
3. Vedlagte samtykke benyttes. Det må settes på en UiO-logo. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.

4. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
5. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
6. Dersom prosjektet endres i forhold til det som avdelingsleder og forskningsleder har godkjent, må ny godkjenning innhentes.
7. Lyddopptak slettes 31.12.2012.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen

sykehus

Epost:

Web:

Avdelingsleder XX

Operasjonsavdelingen, XX Universitetssykehus HF

Nittedal 15.02.2011

Søknad om tillatelse til å gjennomføre prosjekt i forbindelse med mastergrad i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Jeg arbeider med en masteroppgave i sykepleievitenskap, der målet er å få kunnskap om operasjonssykepleieres erfaring med dokumentasjon av operasjonssykepleie. Jeg er ansatt som operasjonssykepleier ved operasjonsavdelingen ved Akuttklinikken på - universitetssykehus HF- . Jeg er deltidsstudent ved institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, og planlegger innlevering av masteroppgaven innen våren 2012.

Problemstilling for min oppgave er:

Operasjonssykepleieres erfaring med å dokumentere operasjonssykepleie.

Dette planlegges som en kvalitativ, utforskende studie, der data samles inn ved fokusgruppeintervjuer. Planen er å rekruttere 10 til 12 informanter fra XX universitetssykehus. Inklusjonskriterier er at informantene er operasjonssykepleiere i klinisk arbeid. Jeg ønsker å gjøre ett fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere som har erfaring med elektronisk dokumentasjon, og ett fokusgruppeintervju med operasjonssykepleiere som dokumenterer på papir.

Deltakelse i studien er frivillig og innsamlet materiale skal aidentifiseres. Ved bruk av sitater kommer også disse til å aidentifiseres og vil ikke kunne føres tilbake til den enkelte informant. Informantene kommer til å få en skriftlig informasjon og forespørsel om deltakelse i studien og informasjon om at deltakelse er frivillig.

Fokusgruppeintervjuene kommer til å være semistrukturerte og intervjuguide kommer til å bli brukt. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd for å sikre at jeg får alt med. Informantene kommer til å bli informert om dette. Alle lydopptak vil bli slettet når oppgaven er ferdig, og senest 31.12.2012.

Min veileder ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap, er førsteamanuensis Anne Moen og har følgende kontaktadresse: Universitetet i Oslo, postboks 1130, Blindern, 0318 Oslo. Hennes kontaktinformasjon er telefon: 22850540/90971904. E-post adresse: anne.moen@intermedia.uio.no.

Jeg håper at avdelingen med dette skal kunne vurdere søknaden. Ved behov kan jeg kontaktes på telefon 21 65 74 99/928 24 710. E-post adresse: bjochr@--.no.

Med vennlig hilsen

Bjørn Rogne Christensen

Vedlegg:

Forenklet meldeskjema til personvernombud XX- studentprosjekter

Informasjons- og samtykkeskjema

Intervjuguide

Prosjektskisse/forskningsprotokoll

Prosjektet er innvilget nødvendige tillatelser i henhold til beskrivelse.

Avdelingsleder operasjonsavdelingen

Akutt klinikken

Meningsenhet	Kondenserte meningsenheter
<p><i>M: det blir ikke så standardisert?</i></p> <p><i>2D: - skjema- og jeg liker ikke sånne hjemmesnekra ting altså- ikke for, på den type ting. – Da blir det litt sånn uprofesjonelt eller- ja-</i></p> <p><i>2A:- Det blir tilfeldig.</i></p> <p><i>2D: Ja. Det blir tilfeldig.</i></p> <p><i>2B: Det er litt forskjell på- hvis du er- her inne på operasjonsstua- og hvis du går ut- hvis du går bort på intensiven eller PO eller mottak og skal gjøre noe sånn eksternt- så er det- da bruker jeg, da jukser jeg litt sånn at, da bruker jeg egentlig aldri dokumentasjonsskjema altså- Det er kanskje ikke helt riktig, men- det er veldig sjelden jeg gjør det- for vi har jo en del aktivitet som foregår utafor operasjonsstua- og</i></p> <p><i>2D:- ja det tror jeg folk glemmer altså.</i></p> <p><i>2B: og da, da- blir nok ikke det dokumentert på samme måten altså- sånn, men det har jo også- du har traumejournaler- du har litt sånn- ja andre ting som man kan skrive på men det blir nok, det blir nok juksa litt, ja. Det blir nok ikke gjort på helt den samme gode måten som det ville bli gjort her inne, nei. Det gjør det ikke.</i></p>	<p>Operasjonssykepleien som dokumenteres er av en lite standardisert karakter.</p> <p>Operasjonssykepleieren dokumenterer ikke alltid den operasjonssykepleien som gjøres utenfor operasjonsavdelingen.</p>